

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai

**Vorläufige Validierung eines gendersensitiven
Depressionsscreenings an einer Stichprobe ambulanter
Patienten der somatischen Medizin**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anja Jackl

aus Trostberg

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatlerin: Prof. Dr. rer. soc. Anne-Maria
Möller-Leimkühler

Mitberichterstatter: PD Dr. Florian Seemüller

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 26.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
1. Literaturübersicht.....	1
1.1. Depression als Krankheitsbild.....	1
1.2. Epidemiologie	3
1.3. Geschlechterrolle und psychische Erkrankungen.....	6
1.4. Depression bei Männern.....	9
1.4.1. Depressionssymptome.....	11
1.4.2. Gesundheitsschädigung	12
1.4.3. Suizidalität	13
1.4.4. Hilfesuchverhalten.....	16
1.5. Das Konzept der Männlichen Depression	17
2. Bisherige Screening-Instrumente für „Männliche“ Depression.....	18
2.1. Gotland Scale of Male Depression.....	18
2.2. Diamond Male Depression Scale	19
2.3. Masculine Depression Scale.....	20
2.4. Male Depression Risk Scale.....	20
2.5. Male Symptoms Scale und Gender Inclusive Depression Scale.....	20
3. Kritik an bisherigen Screeninginstrumenten	21
4. Zielsetzung und Forschungsfrage.....	23
5. Methodik	23
5.1. Instrumente und Variablen	23
5.1.1. Gendersensibles Depressionsscreening	24
5.1.1.1. Konstrukte und Items	25
5.1.2. Allgemeine Depressionsskala	27
5.1.3. Male Role Norms Scale.....	28

5.2. Stichprobe und Studienablauf	29
6. Statistische Auswertung.....	32
7. Ergebnisse	33
7.1. Deskriptive Auswertung.....	33
7.1.1. Stichprobe.....	33
7.1.2. Demographische Merkmale	33
7.1.3. Allgemeine Depressionsskala.....	34
7.1.4. Gendersensibles Depressionsscreening (GSDS-33).....	35
7.1.5. Male Role Norms Scale.....	36
7.2. GSDS-33	37
7.2.1. Konstruktvalidität des GSDS-33	37
7.2.2. Reduzierung der Itemanzahl durch Explorative Faktorenanalyse.....	39
7.3. GSDS-27	42
7.3.1. Reduzierung der Itemanzahl durch Explorative Faktorenanalyse.....	42
7.4. GSDS-26	44
7.4.1. Reduzierung der Itemanzahl durch Explorative Faktorenanalyse.....	44
7.4.2. Reliabilität des GSDS-26	45
7.4.3. Konstruktvalidität des GSDS-26	46
7.4.4. Cut-Off-Wert	50
7.4.5. Deskriptive Statistik des GSDS-26	50
7.4.6. Risikofälle nach GSDS-26	52
7.4.7. Varianzanalyse	54
7.4.8. Logistische Regression.....	56
7.4.9. Vergleich GSDS-26 mit ADS	60
8. Diskussion	64
8.1. GSDS-26	64
8.2. MRNS.....	68

8.3. Limitationen	69
8.4. Weiterer Forschungsbedarf.....	70
9. Zusammenfassung	71
10. Literaturverzeichnis.....	74
11. Tabellenverzeichnis	83
12. Abbildungsverzeichnis	85
13. Abkürzungsverzeichnis.....	86
14. Anhang	87
14.1. Anschreiben.....	87
14.2. Fragebögen	88
14.2.1. Allgemeines Depressionsscreening (ADS)	88
14.2.2. Gendersensibles Depressionsscreening (GSDS)	90
14.2.3. Male Role Norms Scale für Frauen (MRNS Frauen).....	94
14.2.4. Male Role Norms Scale für Männer (MRNS Männer)	97
15. Danksagung.....	100
16. Eidesstaatliche Versicherung.....	101

1. Literaturübersicht

1.1. Depression als Krankheitsbild

Im Bereich der psychischen Erkrankungen stellt die Depression eine der häufigsten Störungen dar. Unter anderem gilt sie auch als Teil der affektiven Störungen und unterliegt somit der Definition einer „krankhaften Veränderung der Stimmungslage gemeinsam mit einem Wechsel des Aktivitätsniveaus“ (Bondy, 2004). Aufgrund der enormen Prävalenz und den vielen möglichen Folgen ist die Depression sowohl gesundheitsökonomisch, klinisch als auch in Bezug auf Forschung ein großes Thema. Laut WHO (World Health Organization) gilt die Depression als weltweit präsente Erkrankung, von welcher nahezu 350 Millionen Menschen betroffen sind. Das Leiden an einer Depression sowie anderen psychischen Erkrankungen, zeigt eine steigende Prävalenz. Im Zeitraum der Jahre 1990 bis 2013 ist laut WHO ein Anstieg der Depressionserkrankungen und/oder Leiden an Angstzuständen von annähernd 50% zu verzeichnen, was einer Anzahl von 615 Millionen Betroffenen entspricht (WHO, 2016a, b). In Deutschland gilt die Depression als das gesellschaftlich meist belastende Krankheitsbild. Koronare Herzkrankheiten oder auch Diabetes Mellitus stehen in der Rangfolge weiter hinten (Wittchen et al., 2010). Nicht bei jeder kleinen Stimmungsschwankung handelt es sich um eine Depression. Im Gegenteil, oft zeigen sich diese als wichtiger Bestandteil für die Bewältigung von Krisen (Bondy, 2004). Depression als Erkrankung beinhaltet viel mehr längerfristige Stimmungstiefpunkte, welche meist in Kombination mit weiteren Symptomen einhergehen, über wenigstens 2 Wochen persistieren, sowie durch die eigene Person nicht mehr steuerbar sind (Althaus et al., 2006; Bondy, 2004). Zu den Hauptsymptomen einer typischen Depression gehören Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Stimmungsschwankungen, welche von leichten Verstimmungen bis zu hochgradig depressiven, schwermütigen Stimmungslagen reichen können und in den

Betroffenen das Gefühl stark werden lassen, keinen Ausweg mehr aus der Traurigkeit zu finden. Begleitet werden kann dies durch Interessenlosigkeit/ Freudlosigkeit oder auch durch Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Erkrankte leiden oft zusätzlich an Schlafproblemen und sind schnell ermüdbar in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Pessimismus, vermindertes Selbstbewusstsein, Konzentrationsprobleme und sogar Suizidgedanken sind nicht selten. Patienten wirken nach Außen hin meist ausdrucksarm und zeigen nur wenig Mimik (Bondy, 2004; Wittchen et al., 2010)(Tab 1).

Tabelle 1

ICD-10 Symptome einer unipolaren Depression

Hauptsymptome	Nebensymptome	Weitere Symptome
depressive Stimmung	Verminderte Konzentration/Aufmerksamkeit	Libidoverlust
Verlust von Interesse/Freude	Vermindertes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl	Appetitlosigkeit
Antriebslosigkeit	Schuldgefühle, Gefühl der Minderwertigkeit	Gewichtsabnahme/-zunahme
Erhöhte Ermüdbarkeit	Negative Zukunftsperspektiven	Emotionslosigkeit
Aktivitätseinschränkung	Gefühl der Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit	
	Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	

Quelle: (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2011)

Man kann zwischen neurotisch oder auch psychoreaktiv verursachten Depressionen, welche unter anderem durch Verdrängung seelischer Probleme hervorgerufen werden, und Depressionen endogener Herkunft unterscheiden. Letztere sollten hingegen auf Modulationen im Gehirnstoffwechsel zurückzuführen sein (Laux, 2003). In aktuellen Depressionsinstrumenten, beispielsweise in der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; vierte Auflage (DSM-IV) wird Depression nach Symptomen sowie dem Schweregrad, der Persistenz und dem Verlauf definiert, woraus sich die Major Depression (schwere Depression) sowie die Dysthyme Störung (schwächer ausgeprägtes, chronisches Störungsbild) ergeben. Die Depression ist eine multifaktoriell bedingte Krankheit. Neben

neurobiologischen Faktoren sind auch genetisch bedingte Verletzlichkeit und psychosoziale Aspekte Teil dieses komplexen Krankheitsbildes (Bondy, 2004). Die Erkrankung verläuft zumeist in Episoden, welche von symptomreichen sowie symptomfreien Intervallen geprägt sind, deren Länge variabel ist (Wittchen et al., 2010). Bei der Mehrheit der depressiv Erkrankten ist ein meist lebenslänglicher Verlauf erkennbar, welcher rezidivierend und episodisch auftritt. Eine einzelne Episode hält erfahrungsgemäß weniger als ein Jahr an (Fava and Kendler, 2000).

Laut Anderson, Nutt und Deakin (2000) gibt es Anzeichen dafür, dass eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Menschen an einer Depression leidet, diese jedoch undiagnostiziert oder unbehandelt bleibt. In Anbetracht des niedrigen Depressionsvorkommens unter Männern im Vergleich zu Frauen wird die Erkrankung als weibliches Krankheitsbild eingeordnet (Anderson, 2000; Riska, 2009).

1.2. Epidemiologie

Das Krankheitsbild Depression ist laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Wittchen et al., 2010, S.12) eine „zu 80% wiederkehrende Erkrankung“. Es wird erwartet, dass Depressionen bis zum Jahr 2020 global die zweithäufigste Ursache für die Krankheitslast besetzen (Murray, 1996).

Der Bundesgesundheitsberichterstattung ist zu entnehmen, dass innerhalb eines Jahres 12% der Bevölkerung an einer affektiven Störung erkranken, was einer Anzahl von ungefähr 6 Millionen Personen entspricht. Die Betroffenen sind in diesem Fall zwischen 18 und 65 Jahre alt (Heft 51, 2010, S.12) (Tab 2).

Tabelle 2

12-Monats-Prävalenz affektiver Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

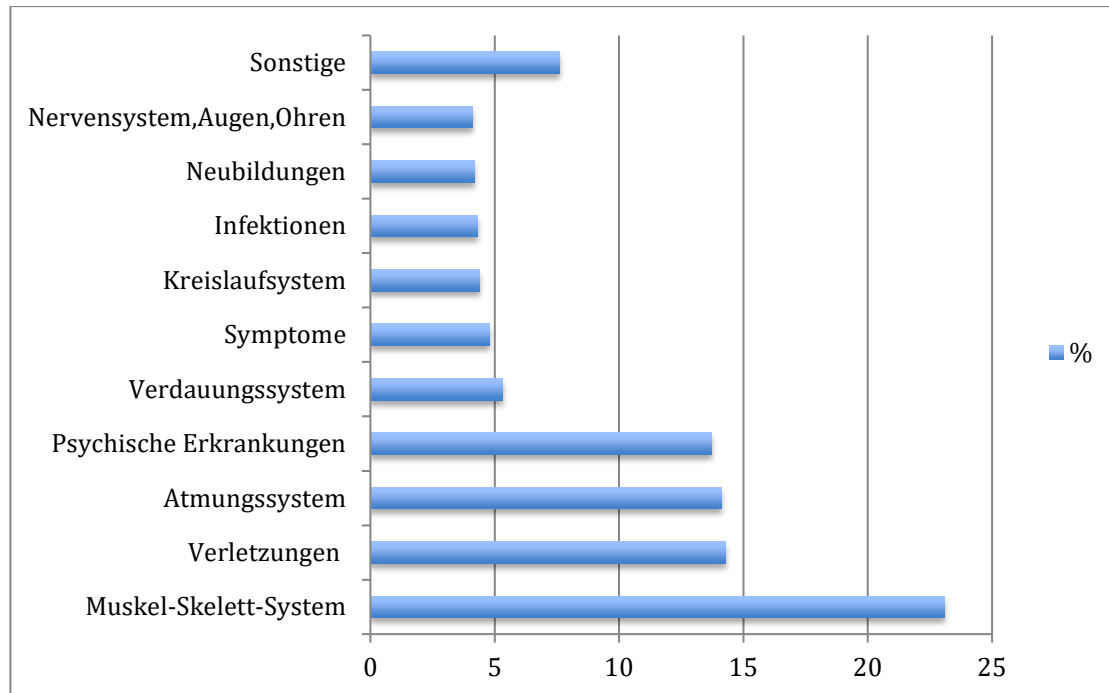
Alter in Jahren	Irgendeine depressive Störung (%)	Major Depression (MD) (%)	MD-einzelne Episode (%)	MD-rezidivierend (%)	Dysthyme Störung (%)
Gesamt	10,9	8,3	4,3	4	4,5
18 bis 29	9,5	8	4,7	3,4	2,7
30 bis 39	9,7	7,5	3,1	4,4	3,8
40 bis 49	12,4	9,8	5,4	4,4	5,3
50 bis 65	11,6	8,1	4,2	3,9	5,7
Frauen	14,2	11,2	5,1	6,1	5,8
18 bis 29	11,5	9,5	4,6	4,9	3,5
30 bis 39	12,4	10	3,5	6,5	4,7
40 bis 49	16,6	14	7,2	6,9	6,4
50 bis 65	15,6	11,3	5,4	5,9	7,6
Männer	7,6	5,5	3,4	2	3,2
18 bis 29	7,5	6,6	4,8	1,9	1,8
30 bis 39	7,2	5,1	2,8	2,3	3
40 bis 49	8,3	5,7	3,7	2	4,1
50 bis 65	7,4	4,8	2,9	1,9	3,8

Quelle: BGS98 (Wittchen et al., 2010)

Betrachtet man das Bundesland Bayern, größtes Bundesland Deutschlands, so kann man in Abbildung 1 die Rangfolge der zehn häufigsten Krankheiten erkennen, welche im Jahr 2012 in Bayern zur Arbeitsunfähigkeit führten (DAK Gesundheitsreportes 2013).

Angeführt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Atemwegserkrankungen folgen psychische Erkrankungen mit 13,7% (Marschall et al., 2013). Nach dem Gesundheitsreport der DAK (2013) ist im Bereich psychischer Erkrankungen seit Jahren ein stetiger Anstieg zu beobachten.

Abbildung 1 - Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

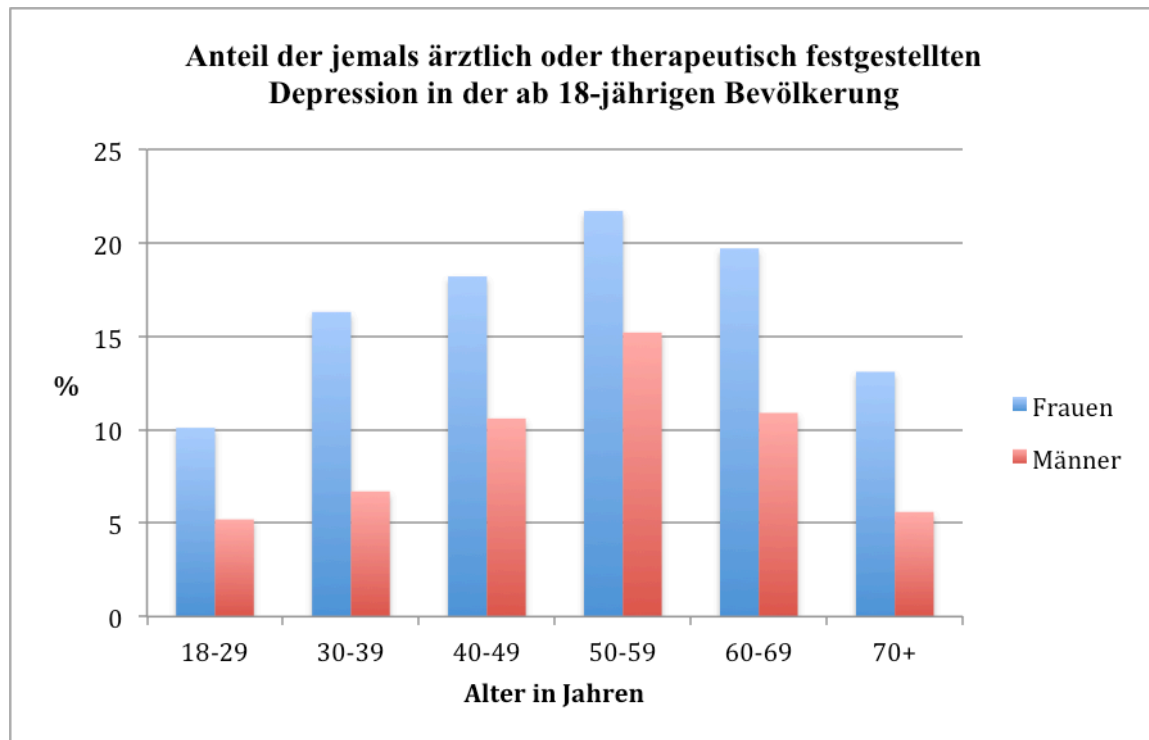


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Im Zeitraum 2000 bis 2012 war im Bundesland Bayern ein Zuwachs von 62% zu verzeichnen, im Durchschnitt lag der Anstieg in der Bundesrepublik bei 85% (Marschall et al., 2013). Im Laufe eines Lebens an einer Depression zu leiden kann mit einer Wahrscheinlichkeit von 12-17% zutreffen. Das Alter der Ersterkrankung liegt im Mittel bei 40 bis 45, andere Altersgruppen sind nicht ausgeschlossen. Ab dem Alter von 65 spricht man von einer Altersdepression, was zu circa 15-25% wahrscheinlich ist und dadurch einen Bestandteil der häufigsten Alterserkrankungen darstellt.

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, betrifft dies Frauen in allen Altersgruppen fast doppelt so oft wie Männer, wobei die Diskrepanz in der Gruppe der 18- bis 29- jährigen etwas geringer ist (Bondy, 2004;Wittchen et al., 2010).

Abbildung 2 – Anteil der Depressionen in der Bevölkerung



Quelle: GEDA09; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Wittchen et al., 2010)

1.3. Geschlechterrolle und psychische Erkrankungen

„Women are more likely to stop someone in the street and ask for directions than men- simply because the sexes think differently“ (Connell, 1995).

Obwohl das Geschlecht ein Merkmal darstellt, welches einen von Geburt an begleitet, wird es während der Persönlichkeitsentwicklung eines Individuums zusätzlich deutlich von sozialen Geschlechtsrollenwahrnehmungen beeinflusst. In gewisser Weise wird vorgelebt, wie Männlichkeit oder Weiblichkeit definiert wird (Crawford and Unger, 2004). Falls geschlechtsspezifische Verhaltensmuster jedoch von Geburt an vorhanden sein sollten, müssten sie auch ab diesem Zeitpunkt nachweisbar sein. Eine Studie, welche den Unterschied des sozialgeschlechtlichen Verhaltens bei Neugeborenen untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass neugeborene Jungen ein erhöhtes Interesse an physischen und mechanischen Gegenständen zeigten, während Mädchen ihre Aufmerksamkeit eher auf die Abbildung von

Gesichtern richteten. Von klein auf erfahren Kinder deutliche Unterschiede bezüglich der Anpassung an gesellschaftliche Denkmuster (Connellan et al., 2000). Ein Experiment von Seavey, Katz und Zalk (1995) untersuchte die Verhaltensmuster Erwachsener in Reaktion auf das Geschlecht eines unbekannten Kindes. Hierbei wurde derselbe Säugling in mehreren Versuchsrunden abwechselnd als Junge oder Mädchen ausgewiesen. Erwachsene behandelten hierbei die gleichen Neugeborenen abhängig vom Geschlecht des Kindes unterschiedlich. Die Ergebnisse von Seavey, Katz und Zalk zeigten, dass die untersuchten Personen beispielsweise öfter zu Puppen als Spielzeug griffen, wurde der Säugling als Mädchen ausgewiesen. Wurde das Geschlecht des Kindes jedoch nicht preisgegeben, kamen mehr geschlechtsneutrale Spielzeuge zum Einsatz (Seavey et al., 1975). Nach Lewis und Weinraub (1979) werden Jungen im Vergleich zu Mädchen ab dem zweiten Lebensmonat grober behandelt und erfahren weniger verbale Zuwendung (Cherry and Lewis, 1976; Lewis and Weinraub, 1979). Das geschlechtsspezifische Verhalten einer Person ist damit nicht nur ein Konstrukt welches durch das Individuum selbst entsteht (Maccoby, 1974). Auch Maccoby argumentiert 1990, dass schon kleinen Kindern dem jeweiligen Geschlecht zugeschriebene Verhaltensnormen beigebracht und verinnerlicht werden und Jungen schon früh das Bedürfnis haben, ihren Männlichkeits- Status zu behaupten (Maccoby, 1990). Erfahrungen auf sozialer Ebene, welche in der Kindheit gesammelt werden, können Martin et al. (Martin et al., 1990) zufolge enorme Auswirkungen darauf haben, wie ein Individuum im späteren Leben auf negative Situationen reagiert.

Sigmund Freud versuchte den Begriff Männlichkeit wissenschaftlich zu definieren. Er war bestrebt, die Disparität zwischen Weiblichkeit und Männlichkeit zu nivellieren. Gefolgt von einigen Männlichkeitstheorien unterschiedlichster Ansätze, beschäftigte sich auch Carl Gustav Jung mit dem sozialen Geschlecht und entwickelte einen der populärsten Ansätze. Jung differenzierte zwischen „einem Selbst, das sich durch Interaktion mit der sozialen Umwelt ausbildet[...] und einem im Unterbewußten aus unterdrückten Inhalten geformten

Selbst“ (Connell, 2006). Im Gegensatz zu Freud gab sich Jung mit der Polarität zwischen den sozialen Geschlechtern zufrieden und sah diese über die „menschliche Psyche verwurzelt“ (Connell, 2006, S. 31).

Die Normen für Männlich-, und Weiblichkeit sind auch heute noch in in der „Psyche verwurzelt“ (Connell, 2006, S.31). Trotz der Veränderung der Rolle der Frau in den letzten Jahrzehnten, geprägt von der Emanzipation der Frau, gelten oft noch traditionelle Vorstellungen bezüglich der Geschlechtsrolle von Mann und Frau im alltäglichen Leben, inklusive Eigenschaften sowie Verhaltensmuster denen sie folgen sollten (Möller-Leimkühler, 2009;Prentice and Carranza, 2003, S.261).

Auch Möller-Leimkühler (2005) zufolge mögen einige Gesichtspunkte des geschlechterspezifischen Verhaltens durch das angeborene biologische Geschlecht erklärbar sein, dennoch legt es weder den kompletten Pool geschlechterspezifischer Handlungen fest, noch gibt es gesicherte Hinweise darauf, dass eine geschlechtsspezifische biologische Anfälligkeit für psychische Störungen vorherrscht (Möller-Leimkühler, 2005). Neben dem biologischen Geschlecht hat die soziale Geschlechterrolle eine enorme Bedeutung im Hinblick auf körperliche und psychische Erkrankungen (Möller-Leimkühler, 2009).

Das soziale Geschlecht, „Gender“, beschreibt ein Konstrukt, welches aus für die Gesellschaft angemessenen sowie erwünschten Erwartungen und Normen besteht und zudem mit Männlichkeit und Weiblichkeit kompatible Verhaltensweisen, Arbeitsnormen, persönliche Fähigkeiten, Gefühle und Einstellungen beinhaltet (Möller-Leimkühler, 2005). Auch hinsichtlich psychischer Gesundheit gibt es diesbezüglich klare Vorstellungen für Männer und Frauen.

Der von Connell (1995) eingeführte Begriff der „hegemonialen Männlichkeit“ beschreibt ein Prinzip, welches viele Männer in einen „Rollenkonflikt“ (Möller-Leimkühler,2009, S.412) treibt. Das Ideal stellt die dominierende Position des Mannes dar, welche mit dem Streben nach Macht und Erfolg, Selbstsicherheit, Stärke in jeder Lebenslage

und auch Unabhängigkeit in Verbindung gebracht wird. Attribute wie Emotionalität und Ausdrucksstärke werden besonders mit Frauen in Verbindung gebracht, Instrumentalität hingegen mit der Rolle des Mannes (Prentice and Carranza, 2004). Dieser einseitige Geschlechterstereotyp kann Risiken für die körperliche und psychische Gesundheit (Möller-Leimkühler AM., 2009, S.412) darstellen. Viele Männer können diese Ideale nicht erreichen und sich mit diesen einseitigen Vorgaben nicht identifizieren, werden aber trotzdem von anderen daran „gemessen“ (Möller-Leimkühler AM., 2009, S.412). Als weiblich definierte Attribute werden im traditionellen Männlichkeitsschema nicht zugelassen und müssen verdrängt werden. Dieser Verdrängungsprozess wird typischerweise durch externalisierende Verhaltensmuster wie Feindseligkeit, Ärger oder aggressives Verhalten erleichtert (Möller-Leimkühler, 2005). Durch solch externalisierende Verhaltensmuster werden möglicherweise depressive Verstimmungen und psychische Probleme bei Männern maskiert und folglich schwer erkenntlich gemacht. Unter dem Druck, nach Außen hin den traditionellen Erwartungen entsprechen zu müssen, leiden besonders Männer häufig an einem Konflikt zwischen der sozialen und persönlichen Identität, was sich durch auffälliges Verhalten, wie vorangegangen beschrieben, äußert und auf Dauer zu psychischen Erkrankungen wie einer Depression führen kann (Möller-Leimkühler, 2003).

1.4. Depression bei Männern

„We know that men are less likely than women to seek treatment, even when they recognize that they are depressed“ (Diamond, 2013)

Bei Frauen werden doppelt so häufig psychische Erkrankungen wie die unipolare Depression, Angsterkrankungen oder Neurosen diagnostiziert, während Männer bei Alkoholabusus, Störungen der Persönlichkeit und bei Suiziden an der Spitze stehen (Möller-Leimkühler AM., 2005).

Frauen sind auf Grund einer Depression doppelt so oft in ärztlicher Behandlung als Männer. In vielen Studien wird untersucht, warum Frauen ein so viel höheres Risiko tragen, Depressionen zu entwickeln. Es wurden viele Theorien aufgestellt, die von biologischen Ansätzen bis zu psychologischen Erklärungen reichen (Magovcevic and Addis, 2008). Bis dato galten Frauen beispielsweise als weniger stressresistent. Auch Geschlechtshormone haben eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Allerdings könnte eine so enorme Differenz bezüglich der Depressionsdiagnosen auch mit einem defizitären Erkennen männlicher Symptome zusammenhängen (Hausmann et al., 2008).

Die für eine Depression als typisch angesehenen Symptome wie Traurigkeit, Weinen und Niedergeschlagenheit, gelten als nicht-männlich und werden von der Gesellschaft mit dem traditionell weiblichen Stereotyp assoziiert. Männer sind aus diesem Grund zurückhaltender, was die Expression dieser Attribute angeht. Um den Schein der „starken Fassade“ (Möller-Leimkühler, 2010) zu wahren, setzen sie auf alternative, externalisierende Strategien, die mit verbreiteten Männlichkeitsstrategien zusammenpassen.

Laut Möller-Leimkühler (2010) stellt dies möglicherweise einen Zusammenhang zur geringeren Depressionsdiagnose bei Männern dar. Zudem konnten Forscher wie van Praag (2004) sowie Fava und Rosenbaum (1999) Verknüpfungen zwischen Attributen wie Aggressivität oder Ärger mit Depression erkennen (Fava et al., 1993; Möller-Leimkühler, 2010; Van Praag, 2004).

Möller-Leimkühler spricht in diesem Zusammenhang von der Theorie des Artefakts. Geschlechtsspezifische Verschiebungen wie unterschiedliches Verhalten im Hilfesuchen, differierende Symptommuster einschließlich die Art und das Ausmaß diese preiszugeben, sowie nicht zuletzt die unterschiedliche Selbsteinstufung in Hinsicht auf das Krankheitsausmaß, bilden den Ausgangspunkt dieser Artefakttheorie. Es scheint hier unter anderem auch ein bedeutender Genderbias in der Diagnostik der Depression zu bestehen, ein entscheidender Aspekt in Hinsicht auf die Unterdiagnostizierung der Depression bei

Männern, was wiederum die Artefakttheorie bekräftigt. Bei Frauen hingegen könnte dieser Genderbias ins andere Extrem führen. Durch eine stärkere Bereitschaft des Hilfe Suchens, und einer höheren Bereitschaft, Symptome wahrzunehmen und zu berichten, wird womöglich eine Überdiagnostizierung der Depression bei Frauen hervorgerufen (Möller-Leimkühler, 2009).

1.4.1. Depressionssymptome

„She’s Emotional. He’s Having a Bad Day“ (Barrett and Bliss-Moreau, 2009)

Wie Bech nach einer Studie im Jahr 2001 berichtet, geschieht der Übergang bei Frauen von der Wahrnehmung früher Symptome bis hin zur Depression unmittelbar, wohingegen bei Männern eine stufenweise Entwicklung über Stress, Alkohol und Aggressionen erkennbar ist (Bech, 2001; Fava et al., 1995; Kockler and Heun, 2002).

Das Krankheitsbild der Depression bei Männern, ist durch ein im Vergleich zu Frauen möglicherweise unterschiedliches Symptomprofil gekennzeichnet. Belegt wurde dies unter anderem mittels der Daten der „National Comorbidity Survey Replication“ (Martin et al., 2013). Hierbei sollte mit Hilfe von zwei Depressionsskalen, welche nicht nur traditionelle Symptome enthielten, ein Vergleich der von Männern und Frauen angegebenen Depressionssymptome stattfinden (DGPM, 2015). Männer berichteten hierbei mehr von Ärgerattacken, Aggressionen, Alkoholabhängigkeit und einem erhöhten Risikoverhalten im Vergleich zu Frauen. Die Auswertung der Skala, welche nur atypische männliche Depressionssymptome enthält, zeigt deutlich, dass bei den männlichen Probanden mit 26,3% eine höhere Übereinstimmung mit Depressionskriterien zustande kam als bei der weiblichen Kontrollgruppe mit nur 21,9%. Verglichen mit der Skala, in welcher traditionelle Depressionssymptome in Kombination mit den als männlich geltenden Attributen getestet wurden, fiel die Übereinstimmung mit den Depressionskriterien bei Männern (30,6%) und

Frauen (33,3%) annähernd gleich aus (Martin et al., 2013). Zudem gab es im Rahmen einer anderen Studie mit einer Stichprobe 18-jähriger Probanden Hinweise darauf, dass bei Zunahme des Depressionsrisikos bei Männern gleichzeitig eine Zunahme der atypischen, männlichen Depressionssymptome zu beobachten ist, während sich hinsichtlich der typischen, als weiblich angesehenen Symptome keine Steigerung ergab (Möller-Leimkühler, 2007).

Dass Frauen zwei- bis dreimal so häufig eine Depressionsdiagnose erhalten, Männern aber ein geringeres Depressionsrisiko zugeschrieben wird, liegt folglich möglicherweise an den traditionellen Depressionskriterien, die im wesentlichen abfragen, wie Frauen eine Depression erleben. Weinen, Traurigkeit zeigen oder Mitmenschen gegenüber antriebslos auftreten, ist für viele Männer unvorstellbar aufgrund des trotz Rollenwandels alteingesessenen Männlichkeitsstereotyps (Gündel, 2013). Bis dato wurde unter anderem angenommen, dass aufgrund einer höheren Stressbelastung bei Frauen die stark unterschiedliche Verteilung erklärbar ist (Hausmann et al., 2008). Jedoch reagieren Männer auf psychische Belastungen offenbar anders, wie unter anderem auch durch die Studie von Winkler, Pjerek und Kasper (2005) unterstrichen wird. Männer berichten weniger klassische Depressionssymptome als Symptome, die mit ihrem Geschlechterstereotyp vereinbar sind, wenn sie danach gefragt werden (Magovcevic and Addis, 2008). Eine erhöhte Reizbarkeit, unsoziales Verhalten, häufiges Überreagieren auf Grund von Kleinigkeiten, verstärkte Risikobereitschaft, Wutanfälle oder gar der Gebrauch von Drogen stellen hier das Kompensationsmuster dar (Gündel, 2013; Winkler et al., 2005; Wolfersdorf, 2000).

1.4.2. Gesundheitsschädigung

Die Rolle der Frau hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm verändert und erweitert, so dass sie sich nun auch mit der männlichen Rolle in einigen Punkten deckt. Umgekehrt jedoch, ist die männliche Rolle nach wie vor sehr traditionell geblieben, ein verbindliches neues Rollenmodell existiert für Männer nicht. Die Folge ist, dass Jungen und Männer nach wie vor

lernen, als weiblich geltende Gefühle und Bedürfnisse zu unterdrücken und somit sich an „männlichen“ Normen orientieren, die auch selbstschädigendes Verhalten implizieren (McCreary et al., 1996; Riska and Ettore, 1999; Winkler et al., 2005). Eisler und Skidmore entwickelten das Modell des „Masculine gender role stress“ (MGRS) (Eisler and Skidmore, 1987). Mit Hilfe dieses theoretischen Modells wird beschrieben, inwiefern sich bei Männern aus der Angst, den von der Gesellschaft geprägten Erwartungen an das männliche Geschlecht nicht nachkommen zu können, Stress entwickelt. Stress, der entsteht, wenn Männer in mit Männlichkeit assoziierten Situationen überfordert sind. Diejenigen, die ein hohes Level beim MGRS aufweisen, sind nach Eisler (1995) Teil der Risikogruppe für psychische und physische Erkrankungen. Aus Stresssituationen resultiert unter anderem eine höhere Beanspruchung des Herz-Kreislaufsystems, was zur Annahme führt, dass dies unter anderem in Korrelation zur stärkeren Verbreitung von Herz-Kreislauferkrankungen bei Männern steht. Untersuchungen haben ergeben, dass der Unterschied zwischen Männern mit geringem MGRS zu jenen mit hohen Werten, im Ausmaß der verbalen Äußerungen von Emotionen liegt (Eisler, 1995). Obwohl Frauen gleichermaßen Stresssituationen erfahren, kommt es bei ihnen nicht zu denselben Folgen wie bei Männern (McCreary et al., 1996).

1.4.3. Suizidalität

„Frauen suchen Hilfe – Männer sterben!“ (Hausmann et al., 2008).

Für Suizidgedanken und Suizidversuche gibt es mehrere Risikofaktoren. Sozialdemographisch sind Faktoren wie Alter, Geschlecht, Religion und Familienstand ausschlaggebend. Neben diesen Determinanten hat die Wissenschaft ebenso belegt, dass auch psychische Störungen ein Risiko darstellen. Nach Aussage der WHO (World Health Organization) sterben weltweit jährlich 800.000 Menschen durch Suizid (WHO, 2016a). Suizidgedanken können in jedem Alter auftreten. Laut den Ergebnissen der European Study

on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED Studie) gelten zum Beispiel Frauen, die verheiratet waren, in Scheidung leben oder verwitwet sind, als diejenigen mit den häufigsten Selbstmordgedanken und auch Selbstmordversuchen. Eine enorm hohe Suizidalität findet man hingegen auch unter Menschen, welche von psychischen Erkrankungen wie einer schweren Depression betroffen sind oder an Alkoholproblemen leiden (Bernal et al., 2007). Männer jedoch zeigen die größte Häufigkeit bezüglich tatsächlich vollzogener Suizide (Möller, 2003). Trotz der doppelt so hohen Depressionsdiagnose bei Frauen im Vergleich zu Männern ist Suizid paradoxerweise bei Männern ein signifikant größeres Problem. Wie in Abbildung 3 ersichtlich, liegt die Suizidrate ungefähr 3-mal so hoch als bei Frauen. Speziell bei älteren Männern ist dies zu beobachten (destatis, 2014).

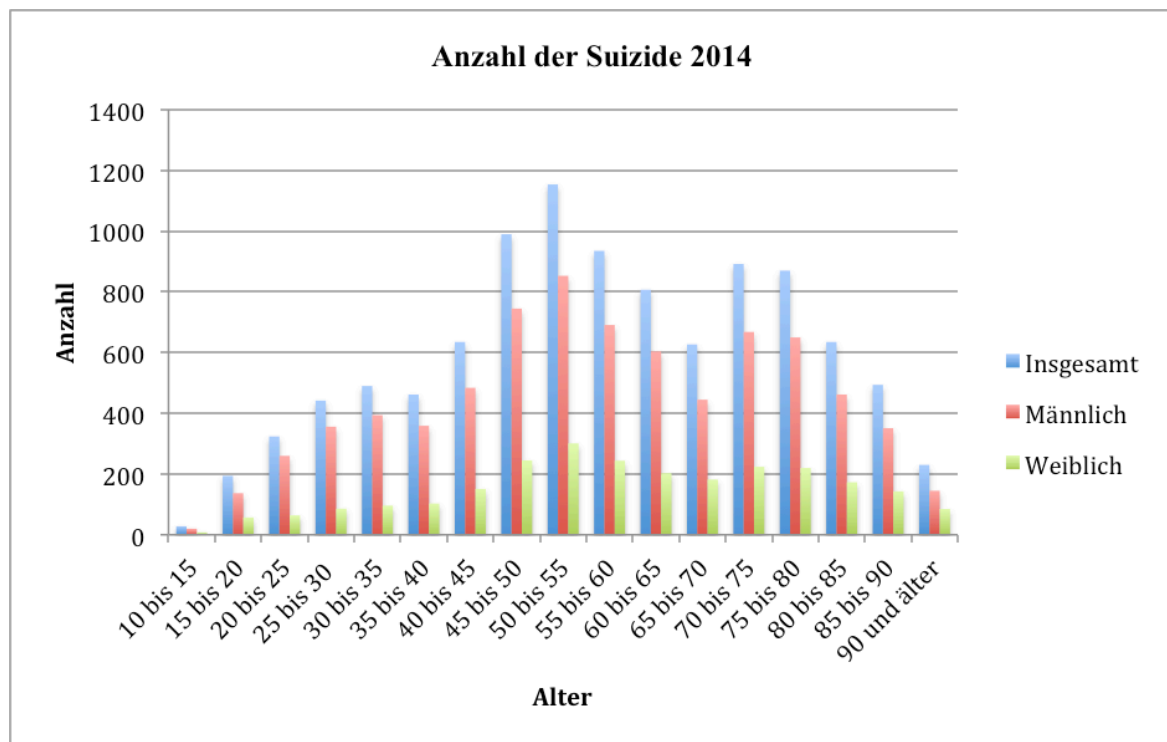


Abbildung 3 – Anzahl der Suizide 2014

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014

Ein Suizid kann verstanden werden als der letzte Schritt den Schein der unantastbaren Männlichkeit, die unverletzliche Stärke zu bewahren (Möller-Leimkühler, 2009). Im Rahmen der Gotland-Studie (Rutz et al., 1989) wurde aufgezeigt, dass durch spezielle Schulung von

Ärzten zum Thema depressiver Erkrankungen, deren Diagnose und Behandlung, zwar ein Rückgang der Selbstmorde bei Frauen verzeichnet werden konnte, die Suizidrate bei Männern jedoch konstant blieb (Walinder and Rutz, 2001).

Ebenso setzte die European Alliance Against Depression (EAAD) ein Suizidpräventionsprogramm um. Auf der Grundlage eines Vier-Stufen-Interventionsprogramms der Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD), welches zwei Jahre in Nürnberg/ Würzburg getestet wurde, sollte in Ungarn nach Anpassung des Programms an regionale Gegebenheiten erneut eine Studie durchgeführt werden. In den 1980ern stand Ungarn in Sachen Suizid an erster Stelle weltweit. Die Rate verringerte sich ab 1998 zwar, dennoch nimmt Ungarn nach wie vor einen der ersten zehn Plätze ein. Im Jahr 2010 lag die Suizidrate bei 24,92 aus 100.000 Personen, darunter 37,48 Männer und 8,47 Frauen. Nachdem lange Zeit Suizidpräventionsprogramme in Ungarn bei Frauen größere Erfolge erzielten als bei Männern, wurde 2005/ 2006 das Programm der EAAD in zwei südöstlichen Städten Ungarns durchgeführt. So wurden unter anderem in den Stufen eins bis drei Allgemeinärzte zum Thema entsprechend geschult und PR-Kampagnen gestartet, und anschließend in Stufe 4 eine Notfall-Visitenkarte, „emergency card“ (Szekely et al., 2013) mit anonymer Notfalltelefonhotline entwickelt, welche unter den Patienten der örtlichen Psychiatrie verteilt wurden. Die Ergebnisse des Suizidpräventionsprogrammes verzeichneten innerhalb eines Jahres einen Rückgang der Suizide von 30,1 auf 13,2 in einer Stichprobe aus 100.000 Probanden und erreichte im Jahr 2007 den niedrigsten Wert mit 12,0. In der Kontrollregion hingegen, war ein geringer Anstieg der Selbstmordrate zu erkennen. Der Rückgang war diesmal bei Männern und Frauen erkennbar, was unter anderem auf die Möglichkeit des anonymen Hilfesuchens zurückzuführen ist (Szekely et al., 2013).

1.4.4. Hilfesuchverhalten

Paradoxerweise sind bei Männern trotz hoher Suizidrate weniger Arztbesuche erkennbar als bei Frauen (Hausmann et al., 2008). Dass Frauen wegen depressiver Symptomatik früher und öfter medizinisches Fachpersonal zurate ziehen, kann nicht durch die größere, vom Gesundheitszustand unabhängige Bereitschaft, Hilfe zu suchen erklärt werden (Kessler et al., 1981). Nach Kessler (1981) ist der Unterschied zur männlichen Gesundheitswahrnehmung die Tatsache, dass Frauen bereitwilliger sind, Gefühle des Unwohlseins bewusst wahrzunehmen und anschließend seelische Probleme in Erwägung ziehen, sowie offener sind, sich anderen anzuvertrauen und ihre Probleme zu verbalisieren (Corney, 1990; Kessler et al., 1981). Obwohl emotionale Symptome theoretisch die Wahrscheinlichkeit, medizinische Hilfe aufzusuchen, erhöhen, sind der Hauptkonsultationsgrund bei Männern und Frauen körperliche Beschwerden. Verglichen mit Frauen ziehen Männer psychische Probleme nicht als Konsultationsgrund in Erwägung (Corney, 1990). Die Attribute „krank sein“ oder ein „negatives Gefühlsleben“ erwecken den Anschein, mehr mit Weiblichkeit im Einklang zu stehen und stellen für Männer ein Risiko bezüglich des Männlichkeitsbildes dar (Möller-Leimkühler, 2002). Die Inanspruchnahme von Hilfe, beziehungsweise schon alleine das Suchen danach, ist nicht mit einer traditionellen männlichen Identität vereinbar. Als „weiblich“ geltende Gefühle, insbesondere das Gefühl von Hilflosigkeit, müssten in solchen Situationen offenbart werden. Hilfe annehmen würde gar einem „Status- und Identitätsverlust“ (Möller-Leimkühler, 2009) gleichkommen. Im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Suizidpräventionsprogramm der EAAD (Szekely et al., 2013) konnte ein Rückgang der Suizide bei Frauen sowie bei Männern erzielt werden. Interessant in diesem Kontext ist, dass die Anzahl der anonymen Anrufer der Notfallhotline im Zeitraum des Interventionsprogramms deutlich angestiegen ist. Möglicherweise ist dies wiederum ein Zeichen dafür, dass Männer ein anderes Hilfe-Suchverhalten bevorzugen und durch die

Anonymität keinen „Status- und Identitätsverlust“ (Möller-Leimkühler, 2009) zu befürchten hatten.

1.5. Das Konzept der Männlichen Depression

In Anlehnung an Rutz et al. (1995) sind auch Möller-Leimkühler et al. (2009) der Ansicht, dass eine Maskierung der depressiven Symptomatik bei Männern durch geschlechtsspezifische aber für die Depression untypische Symptome vorliegen könnte. Risikobereitschaft, Aggressivität, Impulsivität könnten typisch depressive Symptome wie Traurigkeit, Interessenlosigkeit und Niedergeschlagenheit überlagern. Eine Interpretation dieser Symptome kann somit zu Fehldiagnosen wie Alkoholabusus oder Persönlichkeitsstörungen führen und letzten Endes die Verordnung von falschen Medikamenten mit sich bringen. Diese genderspezifische Pathologie bei Depressionen konnte durch einige Studien untermauert werden. So konnte im Rahmen der European DEPRESS I and II studies (Angst et al., 2002) bei Männern gesteigerter Alkoholkonsum nachgewiesen werden. Die klinische Stichprobe umfasste Patienten, welche an unipolarer Depression leiden. 2005 konnten Winkler et al. in einer Studie nachweisen, dass bei Männern im Vergleich zu Frauen vermehrt Ärgerattacken auftraten. Darüber hinaus zeigten die Männer einen höheren Grad an Reizbarkeit, wie auch die Tendenz zu Überreaktionen. Möller- Leimkühler et al. fanden 2004 vermehrt Aggressivität sowie Irritabilität in einem klinischen Sample unipolar Depressiver (Möller-Leimkühler et al., 2004; Rutz et al., 1995).

Da bisher hauptsächlich auf weibliche Stichproben zurückgegriffen wurde, basieren Depressionskriterien größtenteils auch auf weiblichen Erfahrungen von Depression, die folglich das Standardmodell bilden. Dieser Genderbias in der Depressionsdiagnostik könnte mitverantwortlich sein für die Unterdiagnostizierung der Depression bei Männern (Möller-Leimkühler et al., 2009). Einer Studie zufolge wurden bei männlichen Alkoholabhängigen

nach Beachtung externalisierender Symptome vermehrt Depressionen identifiziert (Zierau et al., 2002). Ein anderes Phänomen ist nach Loewenthal et al. (1995) hingegen in jüdisch-orthodoxen Gesellschaften erkennbar, in welchen keine Differenz hinsichtlich der Häufigkeit der Depressionsdiagnosen bei Männern und Frauen ersichtlich ist, da eine Überkompensierung/Bewältigung von Problemen durch zum Beispiel Alkoholismus sozial unakzeptabel ist. Ebenso wenig war bei den Amishen in den USA¹ (Egeland and Hostetter, 1983) ein Geschlechterunterschied bei der Depressionsprävalenz zu erkennen, da auch in dieser Population Feindseligkeit, Alkoholismus und Suizid als sozial unzulässig gelten (Jakubaschk, 1994; Loewenthal et al., 1995).

2. Bisherige Screening-Instrumente für „Männliche“ Depression

2.1. Gotland Scale of Male Depression

Die Gotland Scale of Male Depression (GMDS) ist ein Screening-Instrument für männliche Depression, welches aus 13 Items² aufgebaut ist. Sie wurde im Rahmen des Suizidpräventionsprogramms, durchgeführt auf der Schwedischen Insel Gotland, 1995 von Rutz konstruiert. Die Probanden werden aufgefordert, die Items im Rückblick auf die letzten vier Wochen zu beantworten. Hierbei können sie auf einer 4-punkte Likert-Skala von 0(= nicht zutreffend) bis 3(= in hohem Grade zutreffend) ihre Zustimmung ausdrücken. Die Items sind zusammengesetzt aus typisch depressiven Symptomen und atypischen Symptomen, welche vermeintlich bei Männern überwiegen (Rutz et al., 1995; Rutz et al., 1989). Auf der Grundlage theoretischer Überlegungen wurden eine Stress- und eine Depressionssubskala konstruiert.

¹ Amish= christlich-konservative Glaubensgemeinschaft, lebt überwiegend in den USA. Über 300 Jahre Geschichte. Leben hauptsächlich auf dem Land. Gemeinschaft und Familie haben einen hohen Stellenwert, haben strenge Regeln bezüglich alltäglicher Aufgaben und lehnen moderne Technik ab. (<http://www.welt.de/themen/amish/>)

² Item= Einheit/Bestandteil

Mit der Stress-Subskala werden als männlich bezeichnete Stresssymptome wie erhöhte Reizbarkeit, Irritabilität, Missmut, erhöhter Alkohol- beziehungsweise Substanzkonsum sowie Verhaltensänderungen erfasst. Die Depressions-Subskala umfasst traditionelle Depressionssymptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Hoffnungslosigkeit, Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen, sowie die Frage nach psychischen Störungen in der Familie. Die Probanden können einen Summenscore von 0 bis 39 erreichen. Der theoretische Wertebereich wird transformiert in 0-12 = keine Depression, 13-26 = Depression möglich und 27-39 = gesicherte Depression (Zierau et al., 2002).

Im Rahmen einer Studie zum Alkoholmissbrauch (Zierau et al., 2002) ergab sich für die gesamte Skala eine interne Konsistenz von 0,86 (Cronbach's Alpha). Auch durch die Studie von Möller-Leimkühler et al. (2007) ergeben sich ähnliche Gütekriterien.

2.2. Diamond Male Depression Scale

Die Diamond Male Depression Scale (DMDS) wurde von Diamond im Jahr 2008 als Online-Fragebogen an 1072 Probanden validiert. Ziel dieser Studie war es, einen größeren Pool an atypischen Depressionssymptomen abzufragen und dadurch ein besseres Verständnis für die „männliche“ Depression zu erlangen. Aufgebaut aus drei Subskalen, welche die Faktoren „Emotional Acting-In“, „Emotional Acting-Out“ und „Physical Acting-Out“ beschreiben, sollen mit insgesamt 55 Fragen atypische, wie auch für eine Depression typische Symptome abgefragt werden. Bestehend aus sieben Teilen werden mit diesem Fragebogen auch demographische Eckpunkte, wie unter anderem Alter, Geschlecht und Beruf erfasst. Zusätzlich sollen die Probanden beantworten, ob in der Vergangenheit bei ihnen selbst sowie möglicherweise innerhalb der Familie eine depressive Erkrankung, oder andere psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden (atrainceu; Diamond, 2008).

2.3. Masculine Depression Scale

Die Masculine Depression Scale (MDS) wurde 2008 von Magovcevic und Addis konstruiert. Nach Recherche der beiden Autoren zum Thema Männer und Depression entstand eine Liste aus Symptomen, welche für die „männliche“ Depression als charakteristisch angenommen wurden. In Zusammenarbeit mit Studienabgängern und Experten zum Thema wurden 58 Items entwickelt. Die Teilnehmer sollen anhand vier Antwortmöglichkeiten einordnen, wie oft die jeweilige Aussage in den letzten zwei Wochen zutreffend war. Transferiert in eine vier Punkte Likert-Skala entspricht 1= nicht oder kaum, 2= manchmal, 3= meistens und 4= immer. Dieses Instrument wurde entwickelt zur Erfassung von Verhaltensmustern, welche in Verbindung zu Depression bei Männern je aufgestellt wurden (Magovcevic and Addis, 2008).

2.4. Male Depression Risk Scale

Die Male Depression Risk Scale -22 beinhaltet 22 Items und wurde konzipiert als Depressions-Screeninginstrument für Männer. Basierend auf einem Literaturreview zum Thema konnte aus einer Onlinestichprobe ein Ausgangspool an Items entwickelt werden. Nachfolgend wurde durch eine explorative Faktorenanalyse der Pool an Faktoren reduziert und verfeinert, was ein Ergebnis von folgenden sechs Faktoren brachte. Unterdrückung von Emotionen, Aggression und Ärger, Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Risikofreudigkeit und körperliche Symptome. Die Probanden sollten angeben, wie oft die einzelnen Items in den letzten Monaten auf sie zutreffend waren. Auf einer Skala von 0 (=nie) bis 7 (= fast immer) kann ihre Zustimmung zum Ausdruck gebracht werden (Rice, 2013).

2.5. Male Symptoms Scale und Gender Inclusive Depression Scale

Martin et al. (2013) entwickelten zwei neue Instrumente, welche mittels Sekundäranalyse auf Basis der National Comorbidity Survey Replication validiert wurden. Zum einen die Male Symptoms Scale (MSS)(8 Items), welche ausschließlich aus atypischen, „männlichen“

Depressionssymptomen besteht und zum anderen die Gender Inclusive Depression Scale (GIDS)(15 Items), welche neben Männer-typischen Symptomen auch prototypische geschlechtsneutrale Depressionssymptome miteinschließt. Die atypischen Symptome wurden hierbei unter anderem aus externalisierenden Depressionssymptomen des GMDS sowie des MDS zusammengesetzt.

3. Kritik an bisherigen Screeninginstrumenten

Im Hinblick auf die bereits bestehenden Screening Instrumente zur Erfassung von Depression bei Männern sind einige deutliche Limitationen erkennbar.

Für die Verwendung der Gotland Scale of Male Depression gibt es laut Magovevic and Addis (2008) methodische Bedenken bezüglich Reliabilität und Validität (Magovcevic and Addis, 2008).

Möller-Leimkühler (2007) zufolge entspricht die Konstruktion der Gotland Male Depression Scale (GMDS) nicht den Kriterien der Fragebogenentwicklung. So sind beispielsweise die Items unklar und zu global formuliert. Items wie „Aggressivität“, „Reizbarkeit“ oder „Stress“ benötigen nach Möller-Leimkühler komplexere Konstruktionen, werden jedoch in der Gotland Scale nur durch ein Item erfasst. Es sind keine stabilen Faktorstrukturen vorhanden. Beispielsweise werden allein in Item 9: „Trinken Sie viel mehr Alkohol oder nehmen Sie Beruhigungsmittel, arbeiten Sie viel mehr oder treiben viel mehr Sport als sonst oder essen zu wenig oder zu viel?“ mit „Alkohol“, „Beruhigungsmittel“, „arbeiten“, „Sport“ und „essen“ insgesamt fünf verschiedene Konstrukte erfasst. Auch DeVellis (1991) vertritt die Ansicht, dass in Hinsicht auf die Reliabilität die Items schlecht formuliert sind, einige Items relativ langatmig, sowie in verschiedenen Konstrukten beinhaltet sind (DeVellis, 1991).

Des Weiteren stellt sich laut Möller-Leimkühler (2007) die Frage, inwiefern die Gotland Scale alle relevanten Faktoren miteinbezieht, welche beschreiben, wie Männer eine

Depression erleben. Die primäre Stichprobe zur Skalenentwicklung lag bei $n = 87$, was nach MacCallum et al. (1999) einer deutlich zu kleinen Anzahl entspricht ($n > 300$) (MacCallum, 1999). Trotz diesen erheblichen Limitierungen wurde die Gotland Male Depression Scale häufig genutzt und hat die Forschung vorangetrieben.

Die Diamond Male Depression Scale (DMDS) ist nach Möller-Leimkühler (im Druck) mit ihren 55 Items, welche auf drei Subskalen verteilt sind, deutlich zu lang für ein Screeninginstrument. Trotz einer großen Validierungsstichprobe, welche 1072 Probanden umfasste (davon 749 Männer) konnten keine adäquaten Angaben zu Faktorenanalysen sowie zu psychometrischen Kriterien gemacht werden, auch ein Cut-off-Wert wurde nicht genannt. Neben der erwähnten Validierungsstudie gab es keine weiteren Publikationen mit der Diamond Male Depression Scale. Ebenso liegt bei der Masculine Depression Scale (MDS) kein Cut-off-Wert vor. Es existiert bislang keine Kurzfassung des nach den Kriterien der Fragebogenentwicklung entstandenen MDS. Mit 41 Items gilt es als zu langes Screeninginstrument. Wie im Falle der Diamond Male Depression Scale wurden auch zur Masculine Depression Scale neben der Validierungsstudie, welche mit 102 Probanden eine sehr kleine Stichprobe darstellt, keine weiteren Studien publiziert (Möller-Leimkühler, im Druck).

Die Male Depression Risk Scale (MDRS-22) wurde anhand von fünf Bevölkerungsstudien entwickelt und nach den klassischen Kriterien der Fragebogenentwicklung konstruiert. Möller-Leimkühler (im Druck) zufolge, erscheinen die Subskalen der Male Depression Risk Scale (MDRS-22) möglicherweise nicht ausreichend. Zudem fehlen in diesem Screeninginstrument ein Cut-off-Wert und prototypische Depressionssymptome, die den praktischen Gebrauch erschweren.

Bezüglich der Male Symptoms Scale (MSC)/ Gender Inclusive Depression Scale (GIDS) schreiben Martin et al. (2013), dass nicht alle wichtigen Konstrukte, die bis dato durch Recherche auffindbar waren, in den beiden Skalen integriert werden konnten. So ist

beispielsweise das Ignorieren, oder die Maskierung depressiver Symptome durch Risikoverhalten (Ausüben extremer Sportarten, Glücksspiele), Versinken in Arbeit oder durch Veränderungen in sexueller Hinsicht nicht berücksichtigt. Möller-Leimkühler kritisiert bezüglich der MSC sowie der GIDS das kategoriale Antwortformat und zudem, dass die beiden Scalen psychometrisch nicht untersucht wurden (im Druck).

4. Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, einen neu konstruierten Fragebogen zum gendersensitiven Depressionsscreening (GSDS)(Möller-Leimkühler, 2015) zu validieren. Dieser beinhaltet sowohl typische Depressionssymptome als auch weniger typische (externalisierende) Symptome, welche eher männlichen Verhaltensmustern bei Stress entsprechen (Aggressivität, Risikoverhalten, Hyperaktivität, Alkoholkonsum, Unterdrückung von Emotionen). Durch die üblichen Selbstbeurteilungsinstrumente zur Depression werden diese atypischen Symptome nicht erfasst. Ziel ist es, mit diesem Screening Depression bei Männern zuverlässiger identifizieren zu können und einen weiteren Schritt in Richtung effektiver Primärversorgung zu gehen. Somit ergibt sich für die vorliegende Studie die Forschungsfrage, ob durch die Berücksichtigung zusätzlicher atypischer Symptome, welche im GSDS integriert sind, im Vergleich zu einem Standardinstrument, hier die Allgemeine Depressionsskala (ADS), mehr depressionsgefährdete Männer identifiziert werden können?

5. Methodik

5.1. Instrumente und Variablen

In dieser Arbeit werden drei Fragebögen eingesetzt. Das Gendersensible Depressionsscreening (GSDS-33), welches in vorliegender Arbeit validiert wird, die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS), die das Außenkriterium darstellt und

schließlich die deutschsprachige Version der Male Role Norms Scale (MRNS), welche die Orientierung an Maskulinitätsnormen erfasst und der Konstruktvalidität dient.

5.1.1. Gendersensibles Depressionsscreening

Der Fragebogen zum Gendersensitiven Depressions-Screening (GSDS-33) wurde 2013 von Möller-Leimkühler neu konstruiert und enthält neben typischen Depressionssymptomen auch einige weniger typische Symptome, welche typischerweise von Männern berichtet wurden und unter anderem im Konzept der „Male Depression“ beschrieben sind.

Die Skala des Gendersensiblen Depressions-Screenings (GSDS-33) ist auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes entstanden, wobei sich einige Konstrukte und Items mit bereits bestehenden Instrumenten überschneiden. Zur Konstrukt-Operationalisierung wurden unter anderem bereits validierte Skalen und Subskalen berücksichtigt. So diente das Depressionsmodul des „Personal Health Questionnaire“ in seiner Kurzform (PHQ-D 2) (Loewe et al., 2005; MacCallum et al., 1999) zur Erfassung traditioneller Depressionssymptome, wobei das Originalitem „Ich war niedergeschlagen oder schwermütig und hoffnungslos“ in zwei Items differenziert wurde. Das Konstrukt der Stresswahrnehmung wurde mit fünf Items der Subskala „Anforderungen“ des „Perceived Stress Questionnaire“ (Fliege et al., 2001) messbar gemacht, die „emotionale Kontrolle“ mit Items welche der deutschsprachigen Version des „Emotion Regulation Questionnaire“ (Abler and Kessler, 2009) entstammen und Aggressivität (Subformen: Psychisch, verbal, Ärger, Feindseligkeit) mit ausgewählten Items aus dem Aggressionsfragebogen von Buss und Perry (Herzberg, 2003). Insgesamt werden im GSDS-33 sowohl internalisierende als auch externalisierende Symptome in Form von 33 Aussagen erfasst, welche sieben Konstrukte beschreiben.

5.1.1.1. Konstrukte und Items

Prototypische Depression (PHQ-D2)

Ich hatte wenig Interesse und Freude an meinen alltäglichen Tätigkeiten. (Item 1)

Ich war niedergeschlagen oder schwermütig. (Item 4)

Ich war hoffnungslos. (Item 5)

Stresswahrnehmung (Skala „Anforderungen“ aus dem PSQ)

Ich hatte zuviel zu tun. (Item 13)

Ich hatte nicht genug Zeit für mich. (Item 28)

Ich fühlte mich unter Termindruck. (Item 24)

Ich fühlte mich gehetzt. (Item 11)

Ich hatte das Gefühl, dass zu viele Forderungen an mich gestellt werden. (Item 31)

Emotionale Kontrolle

Ich habe meine Gefühle für mich behalten. (Item 6)

Ich habe versucht, meine schlechten Gefühle zu ignorieren. (Item 14)

Ich habe alles in mich hineingefressen. (Item 7)

Ich fand es wichtig, nach außen zu funktionieren. (Item 23)

Ich habe versucht, allein mit meinen Problemen fertig zu werden. (Item 27)

Ich habe mich für meine Probleme geschämt. (Item 30)

Alkoholkonsum

Ich habe mehr Alkohol als üblich getrunken, um mich besser zu fühlen. (Item 12)

Ich habe häufiger an Alkohol gedacht. (Item 16)

Ich habe mir vorgenommen, weniger Alkohol zu trinken. (Item 19)

Hyperaktivität

Ich habe mich in die Arbeit gestürzt, um mich abzulenken. (Item 25)

Es war mir lieber zu arbeiten, als mit meinen Freunden/meiner Familie zusammen zu sein.
(Item 26)

Ich habe viel mehr Sport gemacht als sonst, um mich abzureagieren. (Item 8)

Risikoverhalten

Ich bin aggressiv und rücksichtslos Auto gefahren, um mich abzureagieren. (Item 29)

Ich habe mich mit meinem Fahrstil selber gefährdet. (Item 32)

Es war mir egal, ob die Polizei mich erwischen würde. (Item 33)

Ich bin Auto gefahren, obwohl ich zuviel Alkohol getrunken habe. (Item 22)

Aggressivität (physisch, verbal; Ärger, Feindseligkeit)

Ich hatte Wutausbrüche, die ich nicht kontrollieren konnte. (Ärger) (Item 2)

Ich war leicht reizbar und verärgert. (Ärger) (Item 9)

Ich hatte das Gefühl, jemanden schlagen oder verletzen zu müssen. (physisch)
(Item 20)

Ich habe schon Leute bedroht, die ich gut kenne. (physisch) (Item 21)

Ich bin schon so ausgerastet, dass ich Gegenstände zerschlagen habe. (physisch) (Item 17)

Ich bin immer wieder in Streitereien geraten. (verbal) (Item 10)

Ich habe Leute angeschrien. (verbal) (Item 15)

Ich habe mich gefragt, warum ich manchmal so verbittert bin. (Feindseligkeit)
(Item 3)

Es hat mich ungeduldig gemacht, wenn andere etwas von mir gewollt haben. (Feindseligkeit)
(Item 18)

Vor dem Einsatz in einer ersten Validierungsstudie (Möller-Leimkühler & Reiß, in Vorbereitung), wurde der GSDS-33 einem Pretest an 25 Männern und 25 Frauen (Medizinstudenten) unterzogen. Bei einem Item zur Aggressivität wurde aufgrund von Verständnisschwierigkeiten das Adjektiv „ungeduldig“ durch das Adjektiv „nervös“ ersetzt. Ansonsten zeigte sich eine allgemein gute Verständlichkeit, sowie eine ausreichend hohe Variabilität in den Antworten.

Die Probanden wurden aufgefordert, bei 33 Aussagen zu beurteilen, in wie weit diese im Zeitraum der letzten Wochen für sie zutreffend waren. Ihre Zustimmung konnte mit „nie oder selten“, „manchmal“, „oft“ sowie „meistens oder immer“ zum Ausdruck gebracht werden. Transferiert auf eine 4-Punkte Likert-Skala entspricht der Wert 0 „nie oder selten“, der Wert 1 „manchmal“, Wert 2 „oft“ und der Wert 3 „meistens oder immer“.

In einer ersten Validierungsstudie (Möller-Leimkühler, Reiß, in Vorbereitung) lag die interne Konsistenz bei $\alpha = 0.88$, was für eine mehrdimensionale Skala ein sehr guter Wert ist (Cortina, 1993; Moosbrugger et al., 2007; Schmitt and Neal, 1996). Außerdem zeigte sich eine hochsignifikante Korrelation mit der ADS ($\rho = 0,79$) und der Male Role Norm Scale (MRNS, $\rho = 0,30$). Es kann also davon ausgegangen werden, dass der GSDS das misst, was er messen soll.

5.1.2. Allgemeine Depressionsskala

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS) (Hautzinger M, 1993) stellt ein gängiges Selbstbeurteilungsinstrument dar, welches in einer langen (20 Aussagesätze; ADS-L) und einer kurzen Version (15 Aussagesätze; ADS-K) existiert. Abgeleitet von der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D), welche 1977 von Radloff entwickelt wurde, dient die Kurzform (ADS-K) in der vorliegenden Arbeit als Außenkriterium für die Depression (Lehr et al., 1977). Die Kurzform ist aufgebaut aus 13 positiv und 2 negativ

gepolten Items (Item 9,12). Die Grundlage des ADS basiert sowohl auf Kriterien der ICD-10³ als auch auf der Self-rating Depression Scale und dem Beck Depressions-Inventar. Die Aussagen, welche zur Registrierung der Präsenz, wie auch der Zeitspanne einer Beeinträchtigung durch depressive Gemütsbewegungen, motorische Barrieren, körperliche Erkrankungen, sowie durch negative Sichtweisen dienen, beziehen sich auf die fünf depressiven Bedingungen Emotional, Kognitiv, Motivational, Somatisch und Motorisch/Interaktional (Hautzinger et al., 2012). Die Patienten wurden aufgefordert, ihr Befinden im Rückblick auf die letzten Wochen zu beurteilen. Zur Beantwortung der Items standen 0= selten, 1= manchmal, 2= öfter oder 3= meistens zur Verfügung. Für die Auswertung wurden die Punktwerte 0 bis 3 der einzelnen Items zu einem Summenwert zusammengefasst, bei den zwei negativen Items musste der umgekehrte Wert addiert werden. Maximal konnte somit ein Summenwert von 45 erreicht werden. Nach Lehr et al. (2008) wurde als Cut-off-Wert ein Summenwert größer und gleich 18 verwendet. Als Maß für die Innere Konsistenz wurde mittels Cronbach's Alpha in unterschiedlichen Stichproben Werte zwischen 0,88 und 0,95 erreicht, die Reliabilität lag zwischen 0,81 und 0,91. Ebenso zeigten sich bei verschiedenen Validierungen hohe Korrelationen zu anderen Fragebögen sowie eine hohe Sensitivität und Spezifität (Hautzinger et al., 2012; Lehr et al., 2008).

5.1.3. Male Role Norms Scale

Bei der Male Role Norms Scale handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung, der aus 25 Items aufgebaut ist und durch Thompson & Pleck im Jahr 1986 vorgestellt wurde. Der Fragebogen erfasst Männlichkeitsideologien und soll Aufschluss geben über die Vorstellungen von Männern, was es ausmacht ein Mann zu sein (Abreu et al., 2000). Aufgebaut ist der Fragebogen aus drei Subskalen, die sowohl das Verlangen der Männer nach Status und Respekt aufzeigen, sowie zusätzlich die männliche Einstellung zu als typisch

³ ICD-10(Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision)

weiblichen geltenden Handlungs- und Verhaltensmustern widerspiegeln (Sinn, 1997; Thompson and Pleck, 1986).

Subskalen:

- „Status Norm“: Aufgebaut aus 11 Items (Cronbach`s Alpha:0,81)
- „Toughness Norm“: Aufgebaut aus 8 Items (Cronbach`s Alpha:0,74)
- „Antifemininity Norm“: Aufgebaut aus 7 Items (Cronbach`s Alpha:0,76) (Thompson et al., 1992)

Zur Messung der Maskulinitätseinstellung der weiblichen Probanden wurde von Möller-Leimkühler eine weibliche Form der MRNS konstruiert. Diese enthält umformulierte Items, welche von Frauen beantwortet werden konnten. Da eine „antifemininity“ Subskala bei Frauen in dieser Form keinen Sinn ergibt, wurde als dritter Teil eine „Femininity Norm“-Skala konstruiert. Erreichen Frauen bei der Beantwortung der Femininity-Norm Subskala einen hohen Wert, sind sie mehr feminin orientiert. Da die Summenwerte der weiblichen Probanden aufgrund dessen nicht absolut mit jenen der männlichen Teilnehmer verglichen werden können, sind sie in diesem Zusammenhang nur bedingt aussagekräftig.

5.2. Stichprobe und Studienablauf

Nachdem die Studie im August 2013 von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie und Pädagogik bewilligt wurde, wurde die Befragung in den Ambulanzen der Polikliniken der *Ludwig-Maximilians-Universität München* (LMU) durchgeführt. Es sollte eine möglichst große Stichprobe erreicht werden. Hierzu wurden die Direktoren der jeweiligen Institutionen, deren Sitze sich in der Innenstadt sowie in Großhadern befinden via Email, welche im Anhang einsehbar ist, kontaktiert und um Einverständnis gebeten. Ein positives Feedback kam von Professor Ruzicka für die Ambulanzen der *Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie*, von Professor Kampik für die Allgemeine Ambulanz der *Augenklinik der*

LMU sowie von Professor Berghaus für die *Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der LMU*. Bei einem persönlichen Treffen mit Dr. Flaig und Dr. Schaubert aus der Dermatologie sowie Prof. Kampik wurden sowohl die Thematik als auch die Ziele der Studie vorgestellt, sowie die Vorgehensweise zur Befragung besprochen. Mit den Ambulanzen der Zahnklinik, sowie der Klinik für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde kam wegen der örtlichen ambulanten Situation, welche aufgrund einer relativ engen Bestuhlung für eine Befragung als nicht optimal erschien, wie auch dem Mangel an Wartezeit für die ambulanten Patienten keine Zusammenarbeit zustande.

Die Rekrutierung der Probanden fand in dem Zeitraum vom 10.10.2013 bis 28.02.2014 durch die Doktorandin statt. Die Befragung erfolgte freiwillig und anonym. Zur Rekrutierung wurden die ambulanten Patienten persönlich angesprochen. Angesprochen wurden willkürlich alle Männer und Frauen, die sich zum Zeitpunkt in der Ambulanz befanden und zugleich den Anschein erweckten, bereits das 18. Lebensjahr vollendet zu haben. Laut Raithel 2008 handelt es sich somit um eine „Gelegenheitsstichprobe, convenience sample“ (Raithel, 2006). Nachdem die Autorin sich als Doktorandin und Studentin der Zahnmedizin vorgestellt hatte, wurde dem jeweiligen Probanden der Fragebogen ausgehändigt und anhand diesem erklärt, dass es sich hier um eine Studie zum Thema Stresserleben und Stressreaktionen handelt, in welcher auch geschlechtsspezifische Unterschiede von großem Interesse sind. Das Thema Depression wurde ganz bewusst nicht vor den Teilnehmern erwähnt, um diese nicht abzuschrecken, keine Scheu hervorzurufen, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten und zusätzlich eine möglichst hohe Anzahl motivieren zu können an dieser Studie teilzunehmen. Erfolgte eine Zustimmung seitens des Patienten, sollten die Fragen in aller Ruhe und während ihrer Wartezeit auf den bevorstehenden Termin beantwortet werden, was ungefähr 15 Minuten in Anspruch nehmen würde. Um die Probanden von einer Teilnahme an der Studie nicht abzuschrecken, wurden als soziodemographische Daten lediglich Geschlecht sowie Alter der Probanden ermittelt.

Den Probanden war es möglich, den Befragungsbogen alleine, unbeobachtet und ohne Zeitdruck auszufüllen. Für aufkommende Fragen während der Bearbeitungszeit stand die Autorin dennoch kontinuierlich zur Verfügung. Anschließend wurden die fertig bearbeiteten Fragebögen von ihr persönlich wieder eingesammelt. Durch dieses Vorgehen konnte verhindert werden, dass zusätzlich Pflegepersonal der einzelnen Kliniken belastet wurde. Sowohl in der Augenklinik als auch in der Dermatologie war die Wartesituation durch großräumige Wartebereiche, welche reichlich bestuhlt waren, für eine Befragung zweckmäßig, fast täglich waren zahlreiche Patienten anwesend.

Die Patienten reagierten überwiegend sehr positiv und enorm interessiert auf diese Studie und waren aufgeschlossen und froh, während der Wartezeit Ablenkung zu bekommen. Die Rücklaufquote war dementsprechend hoch und die Fragebögen wurden bis auf wenige Exemplare vollständig ausgefüllt. Der beste Zeitpunkt für die Befragungen erschien vormittags von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr, die Patienten zeigten hier die größte Motivation. Hinzukommend wurde schnell klar, den Freitag Vormittag auszuschließen, da hier sowohl die Geduld der Patienten sowie die Bereitschaft für Wartezeiten im Vergleich zu den anderen Wochentagen nur noch geringfügig vorhanden war.

Im oben erwähnten Zeitraum konnten 1010 Probanden für die Studie rekrutiert werden. Insgesamt waren 106 Personen nicht gewillt, an der Studie teilzunehmen, wovon 49 Personen Frauen und 57 Männer waren. Angegebene Gründe für eine Nichtteilnahme waren „keine Lust“, einige bevorzugten es Bücher zu lesen, andere wiederum gaben an, wegen dem bevorstehenden Arzttermin zu aufgeregt zu sein. Weiterhin war auch manchmal die teils lange Wartezeit eine Begründung, welche bei den Patienten die Befürchtung erweckte, wegen Mangels an Konzentration den Fragebogen nicht richtig ausfüllen zu können.

6. Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung wurde in dieser Arbeit SPSS Version 21 verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt.

Anfänglich erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten hinsichtlich demographischer Merkmale, welche in dieser Arbeit durch das Alter sowie das Geschlecht dargestellt werden. Mittels T-Tests auf Mittelwertgleichheit oder mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurden bei Kreuztabellen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Geschlechtern, sowie zwischen den depressionsgefährdeten und nicht depressionsgefährdeten Befragten erfasst.

Der Kolmogorov-Smirov-Anpassungstest wurde angewandt, um die Antwortverteilungen der unterschiedlichen Fragebögen auf Normalverteilung zu prüfen.

Im Zuge mehrerer explorativer Faktorenanalysen inklusive Varimax-Rotation sollte das Screeninginstrument auf die wichtigsten Items reduziert werden. Items wurden hierbei so rotiert, dass sie mit einem Faktor möglichst hoch, mit anderen Faktoren möglichst gering korrelieren. Items mit einer Ladung unter 0,5 wurden hierbei sukzessiv ausgeschlossen.

Mit der gekürzten Form des GSDS 26 wurde wiederum eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt. Um den Zusammenhang unter den Items zu charakterisieren und somit die Innere Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbach`s Alpha berechnet.

Zur Festlegung des Cut-Off-Wertes, wurde eine Receiver-Operating-Characteristic-Analyse (ROC-Analyse) herangezogen, in welcher die Sensitivität (Richtig-Positiv-Rate) gegen die Spezifität (Falsch-Positiv-Rate, 1-Spezifität) aufgetragen wurde. Der Grenzwert wird hier von der Fläche unter der ROC-Kurve dargestellt, welcher einen Maximalwert bei einem Maximum an Sensitivität und Spezifität annimmt. Als Bezugsdaten dienten die Ergebnisse der ADS.

In mehreren Kreuztabellen wurden anhand des neuen Cut-off-Wertes GSDS und ADS verglichen und deren Ergebnisse in Abhängigkeit voneinander dargestellt.

Mit Hilfe einer logistischen Regression sollten die Faktoren des GSDS-26 für das Depressionsrisiko auf deren Relevanz und Gewichtung als Prädiktorvariablen getestet werden. Final dienten die einfache Varianzanalyse sowie die zweifaktorielle Varianzanalyse einerseits dazu, die Abhängigkeit der Faktoren von verschiedenen Einflussfaktoren zu überprüfen und andererseits die Auswirkung von Wechselwirkungen unter diesen Einflussfaktoren auf die Ergebnisse zu präzisieren.

7. Ergebnisse

7.1. Deskriptive Auswertung

7.1.1. Stichprobe

Die Auswertung umfasst Daten von insgesamt 958 Probanden, welche allesamt ambulante Patienten der LMU-Kliniken (Augenklinik, Dermatologie) darstellten. Von den ursprünglich 1010 ausgefüllten Fragebögen konnten 52 Bögen nicht in die Auswertung einbezogen werden, da sie entweder nicht vollständig bearbeitet oder die Teilnehmer unter 18 Jahre alt waren. Unter den 958 Teilnehmern befanden sich 496 weibliche und 462 männliche Probanden.

7.1.2. Demographische Merkmale

Die 958 Teilnehmer, welche zwischen 18 und 85 Jahren alt waren, erreichten ein mittleres Alter von 43,90 mit einer Standardabweichung von 15,69. Die Gruppe der Probanden bestand, wie in Tabellen 3 und 4 ersichtlich, aus 496 Frauen (51,8%) mit einem mittleren Alter von 43,82 (SD 15,28) und 462 Männern (48,2%) mit einem Durchschnittsalter von 43,98 (SD 16,12). Der T-Test für unabhängige Stichproben ergab, dass sich die Altersmittelwerte für Männer und Frauen nicht signifikant unterscheiden ($MD = 0,166$).

Tabelle 3

Alter der Befragten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	958	18	85	43,9	15,684

Tabelle 4

Alter der Befragten nach Geschlecht

Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwerts
Weiblich	496	43,82	15,279	0,686
Männlich	462	43,98	16,123	0,75

7.1.3. Allgemeine Depressionsskala

Wie in Tabelle 5 und 6 ersichtlich, gelten laut ADS 18,2% (174 von 958 Probanden) als depressionsgefährdet (ADS sum ≥ 18). Hierunter befanden sich 58,6% weibliche (102 der 174 Fälle) und 41,4% männliche (72 der 174 Fälle) Depressionsgefährdete. Dieser Unterschied ist signifikant ($\chi^2 = 3,99$; $p = 0,05$).

Tabelle 5

Depressionsgefährdung nach ADS

	Anzahl	Prozent
nicht depressionsgefährdet	784	81,1
depressionsgefährdet	174	18,0
Gesamt	958	

Tabelle 6

Depressionsgefährdung nach ADS: Differenzierung nach Geschlecht

			Risikofälle nach ADS*		
			0	1	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	394	102	496
		% innerhalb Geschlecht	79,4	20,6	100
		% innerhalb ADS	50,3	58,6	51,8
		% der Gesamtzahl	41,1	10,6	51,8
	männlich	Anzahl	390	72	462
		% innerhalb Geschlecht	84,4	15,6	100
		% innerhalb ADS	49,7	41,4	48,2
		% der Gesamtzahl	40,7	7,5	48,2
Gesamt		Anzahl	784	174	958
		% innerhalb Geschlecht	81,8	18,2	100
		% innerhalb ADS	100	100	100
		% der Gesamtzahl	81,8	18,2	100

* Risikofälle bei einem Summenwert ≥ 18

0 = nicht depressionsgefährdet

1 = depressionsgefährdet

7.1.4. Gendersensibles Depressionsscreening (GSDS-33)

In die Auswertung des GSDS-33 konnten 942 Fälle einbezogen werden, welche einen mittleren Gesamtscore von 19,46 erreichten (SD 11,23). Die Gruppe des weiblichen Patientenkollektivs umfasst eine Anzahl von 485, mit einem Mittelwert von 19,90, bei den 457 Männern ergibt sich ein Mittelwert von 19,0 (SD= 11,09). Der T-Test für unabhängige

Stichproben zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten des GSDS-Gesamtscores bei Männer und Frauen auf ($MD= 0,94$; $t= 1,23$; $df= 940$; $p=0,22$).

7.1.5. Male Role Norms Scale

Die deskriptive Auswertung der MRNS fand in Unterteilung nach Geschlecht und Subskalen statt (Tab.7). In den Subskalen Toughness Norm (Mittelwert $m= 28,1$; $SD= 7,8$) sowie Antifeminity Norm (Mittelwert $m= 21,1$; $SD= 7,3$) erreichen die Männer höhere Mittelwerte der Gesamtscores als die Frauen. Die Gesamtscores der Skalen Maskulinität (Mittelwert $w= 93,8$; $SD= 20,5$) und Status Norm (Mittelwert $w= 46,8$; $SD= 10,7$) zeigen höhere Mittelwerte bei den Frauen.

Tabelle 7

Mittelwerte der Subskalen-Gesamtscores der MRNS

Gesamtscore Subskala MRNS		N	Mittelwert	Standard- abweichung
Maskulinität	Männer	443	91,7038	22,82451
	Frauen	470	93,7845	20,55125
Status Norm	Männer	451	42,4759	12,64865
	Frauen	481	46,8067	10,75069
Toughness Norm	Männer	449	28,1382	7,78313
	Frauen	476	27,2574	8,25017
Antifeminity	Männer	452	21,0736	7,34889
	Frauen	481	19,7925	6,70453

7.2.GSDS-33

7.2.1. Konstruktvalidität des GSDS-33

Um die Konstruktvalidität des Gendersensitiven Depressionsscreenings (GSDS-33) zu ermitteln, wurde mittels Berechnung der Rangkoeffizienten nach Spearman- Rho das Ausmaß der Korrelation zum Allgemeinen Depressionsscreening (ADS) analysiert und auf Signifikanz geprüft. Für parametrische Variablen verwendet man hierzu die Pearson-Korrelation. Da die Variablen keine Normalverteilung aufweisen, musste ein nichtparametrischer Test, an dieser Stelle die Spearman-Korrelation, angewandt werden. Der Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen 0 und 1 repräsentieren, wobei der Wert 0 auf keinerlei Zusammenhang zwischen den beiden Screeninginstrumenten hindeutet und ein Koeffizient von 1 eine maximale lineare Relation beschreibt.

Tabelle 8

Korrelation ADS/GSDS-33

			Sum ADS	Sum GSDS-33
Spearman-Rho	Sum ADS	Korrelationskoeffizient	1	0,683
		Sig.(zweiseitig)		0,000
		N	958	935
	Sum GSDS-33	Korrelationskoeffizient	0,683	1
		Sig.(zweiseitig)	0,000	
		N	935	942

sum=summenscore

Die Konstruktvalidität des GSDS-33 in Bezug auf die Erfassung von Depression ist durch die Korrelation des GSDS-33 mit der ADS als Außenkriterium gegeben ($Rho = 0.68$; $p = 0.000$) (Tab.8). Werte zwischen 0.60 und 0.80 weisen laut Brosius (2004) und Bauer (1984) auf einen starken Zusammenhang hin (Pospeschill, 2010; Swets, 1988). Ebenso wurde die Konstruktvalidität hinsichtlich des Zusammenhangs mit Maskulinitätsnormen überprüft und zwar für Männer und Frauen separat.

Tabelle 9

Korrelation GSDS-33/Maskulinitätsnormen Männer

Summenscore Subskalen		Summenscore GSDS-33
Spearman-Rho	Maskulinität Männer	Korrelationskoeffizient
		Sig.(zweiseitig)
		N
		0,122 0,010 449
	Status Norm Männer	Korrelationskoeffizient
		Sig.(zweiseitig)
		N
		0,080 0,085 459
	Toughness Norm Männer	Korrelationskoeffizient
		Sig.(zweiseitig)
		N
		0,126 0,007 455
	Antifemininity Norm Männer	Korrelationskoeffizient
		Sig.(zweiseitig)
		N
		0,096 0,040 460
		N
		964

Die Korrelationen des GSDS-33 hinsichtlich des Zusammenhangs mit den Maskulinitätsnormen (MRNS) der männlichen Probanden fallen in allen Subskalen sehr schwach aus (Tab.9). In der Subskala Toughness Norm ist mit einer Signifikanz von $p = 0,007$ einem Spearman-Rho von 0,126 der stärkste Zusammenhang zu verzeichnen. In den Subskalen Maskulinität (Spearman-Rho= 0,122; $p = 0,010$) und Antifemininity Norm (Spearman-Rho= 0,096; $p = 0,040$) sind nur schwach signifikante Korrelationen erkennbar. Wie in nachfolgender Tabelle 10 ersichtlich, ist keine signifikante Korrelation des GSDS-33 zum MRNS der Frauen erkennbar.

Tabelle 10

Korrelation GSDS-33/ Maskulinitätsnormen Frauen			
Summenscore Subskalen			Summenscore GSDS-33
Spearman-Rho	Maskulinität Frauen	Korrelationskoeffizient	0,055
		Sig.(zweiseitig)	0,229
		N	479
	Status Norm Frauen	Korrelationskoeffizient	0,027
		Sig.(zweiseitig)	0,549
		N	491
	Toughness Norm Frauen	Korrelationskoeffizient	0,079
		Sig.(zweiseitig)	0,083
		N	485
	Femininity Norm Frauen	Korrelationskoeffizient	0,018
		Sig.(zweiseitig)	0,687
		N	492
		N	964

7.2.2. Reduzierung der Itemanzahl durch Explorative

Faktorenanalyse

Das Verfahren der explorativen Faktorenanalyse (Tab.11) mit Varimax-Rotation dient dazu, Gruppen unter den im GSDS verwendeten Variablen zu definieren und folglich eine gemeinsame Struktur zu finden, welche anschließend als Konstrukt hinter dieser Itemgruppe steht. Grundlegend ist hier der Konnex der Variablen, welcher mittels Korrelationsmatrizen dargestellt wurde. Das Achsenkreuz wird bei der Varimax-Rotation so rotiert, dass so viele Items wie möglich auf einen Faktor hoch laden und gleichzeitig in Bezug auf andere Faktoren möglichst geringe Ladung aufweisen.

Zur Identifizierung der wichtigsten Items pro Faktor, wurden mittels Varimax-Rotation Items mit einer nicht ausreichenden Ladung (Eigenwert < 0,5) sukzessiv ausgeschlossen.

Um die Stichprobeneignung für eine Faktorenanalyse zu überprüfen, wurde der KMO- und Bartlett-Test durchgeführt. Es ergab sich ein sehr gutes Ausmaß an Interkorrelation der verwendeten Variablen (33 Items) mit einem KMO-Wert von 0,906. Der Bartlett-Test ist signifikant ($p=0,000$, $df= 528$, Chi-Quadrat= 11315,575). Ausgehend davon, dass der Eigenwert der Faktoren größer als 1 sein sollte, wurden 7 Faktoren ermittelt.

Tabelle 11

Faktoren und Itemladungen des GSDS-33

Faktor	Inhalt zugehöriger Items	Item-Nr.	Ladung auf Faktor
1: Prototypische Depression			
	hoffnungslos	5	0,778
	niedergeschlagen	4	0,707
	für Probleme geschämt	30	0,644
	wenig Interesse	1	0,621
	Nervosität	18	0,545
	verbittert	3	0,518
2: Stresswahrnehmung			
	Termindruck	24	0,815
	zu viel zu tun	13	0,787
	nicht genug zeit für sich	28	0,722
	zu viele Forderungen	31	0,667
	sich gehetzt fühlen	11	0,633
3: Aggressivität			
	Wutausbrüche	2	0,775
	Leute angeschrien	15	0,745
	in Streitigkeiten geraten	10	0,717
	reizbar	9	0,683
	ausgerastet	17	0,569
	schlagen, verletzen	20	0,428
4: Emotionale Kontrolle			
	Gefühle für sich behalten	6	0,797
	alles in sich hineinfressen	7	0,767
	Probleme alleine bewältigen	27	0,751
	negative Gefühle ignorieren	14	0,508
	in Arbeit gestürzt zur	25	0,498

Ablenkung		
lieber Arbeit stattt Freunde	26	0,47
Funktionalität nach Außen	23	0,46

5: Risikobereitschaft

rücksichtslos Auto gefahren	29	0,724
mit Fahrstil selber gefährdet	32	0,713
Gleichgültigkeit über mögliche Konsequenzen	33	0,645
Autofahren trotz Alkohol	22	0,425

6: Alkoholkonsum

mehr Alkohol als sonst	12	0,826
häufiger an Alkohol gedacht	16	0,809
Vorgenommen weniger Alkohol zu trinken	19	0,625

7: Hyperaktivität

mehr Sport als gewöhnlich	8	0,711
Leute bedroht	21	0,484

Mittels Hauptkomponentenanalyse (Extraktionsmethode) resultiert eine Varianzaufklärung von 56,802 % (Tab.12). Von den 7 Faktoren sind nach Fisseni (1990) 6 Faktoren brauchbar, da sie inhaltlich aus 3 bis 6 Items bestehen, die hoch laden (Fisseni, 1997).

Tabelle 12

Erklärte anteilige und kumulierte Varianzen GSDS-33

Faktoren	% der Varianz	Kumulierte %
Prototypische Depression	10,291	10,291
Stresswahrnehmung	10,274	20,565
Aggressivität	10,154	30,719
Emotionale Kontrolle	9,745	40,464
Risikoverhalten	6,409	46,873
Alkoholkonsum	6,158	53,03
Hyperaktivität	3,772	56,802

Wie in Tabelle 12 ersichtlich, wurden vier Faktoren mit einer recht ähnlichen Varianz ermittelt. Faktor 1 („Prototypische Depression“) mit einer Varianz von 10,291 %, Faktor 2 („Stresswahrnehmung“) mit einer Varianz von 10,274 %, Faktor 3 („Aggressivität“) mit einer Varianz von 10,154 % und Faktor 4 („Emotionale Kontrolle“) mit einer Varianz von 9,745 %.

Nach sukzessivem Ausschluss von 6 Items, welche eine Ladung unter $< 0,5$ aufwiesen, erfolgt zur Verbesserung der Gesamtvarianz erneut eine explorative Faktorenanalyse der verbleibenden 27 Items.

7.3. GSDS-27

7.3.1. Reduzierung der Itemanzahl durch Explorative Faktorenanalyse

Tabelle 13

Faktoren und Itemladungen des GSDS-27

Faktor	Inhalt zugehöriger Items	Item-Nr.	Ladung auf Faktor
1: Prototypische Depression			
	hoffnungslos	5	0,793
	niedergeschlagen	4	0,740
	für Probleme geschämt	30	0,653
	wenig Interesse	1	0,633
	Nervosität	18	0,561
	verbittert	3	0,549
2: Stresswahrnehmung			
	Termindruck	24	0,812
	zu viel zu tun	13	0,809
	nicht genug zeit für sich	28	0,744
	zu viele Forderungen	31	0,669
	sich gehetzt fühlen	11	0,630
3: Aggressivität			
	Wutausbrüche	2	0,774
	Leute angeschrien	15	0,751
	in Streitigkeiten geraten	10	0,705

	reizbar	9	0,666
	ausgerastet	17	0,593
4: Emotionale Kontrolle			
	Gefühle für sich behalten	6	0,852
	alles in sich hineinfressen	7	0,780
	Probleme alleine bewältigen	27	0,762
	negative Gefühle ignorieren	14	0,494
5: Alkoholkonsum			
	Mehr Alkohol als sonst	12	0,843
	Häufiger an Alkohol gedacht	16	0,836
	Vorgenommen weniger Alkohol zu trinken	19	0,628
6: Risikobereitschaft			
	mit Fahrstil selber gefährdet	32	0,766
	rücksichtslos Auto gefahren	29	0,758
	Gleichgültigkeit über mögliche Konsequenzen	33	0,671
7: Hyperaktivität			
	mehr Sport als gewöhnlich	8	0,960

Tabelle 14

Erklärte anteilige und kumulierte Varianzen GSDS-27

Faktoren	% der Varianz	Kumulierte %
Prototypische Depression	12,990	12,990
Stresswahrnehmung	11,474	24,464
Aggressivität	11,123	35,587
Emotionale Kontrolle	9,221	44,808
Risikoverhalten	7,227	52,036
Alkoholkonsum	6,740	58,775
Hyperaktivität	3,880	62,656

Der Faktor Hyperaktivität wird im GSDS-27 alleinig durch das Item „mehr Sport als gewöhnlich“ beschrieben und wird somit nachfolgend trotz hoher Ladung eliminiert (Tab.13).

7.4. GSDS-26

7.4.1. Reduzierung der Itemanzahl durch Explorative

Faktorenanalyse

Erneut wurden die verbleibenden 26 Items einer explorativen Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation unterzogen (Tab.15).

Tabelle 15

Faktoren und Itemladungen GSDS-26

Faktor	Inhalt zugehöriger Items	Item-Nr.	Ladung auf Faktor
1: Prototypische Depression			
	hoffnungslos	5	0,791
	niedergeschlagen	4	0,739
	für Probleme geschämt	30	0,645
	wenig Interesse	1	0,643
	Nervosität	18	0,568
	verbittert	3	0,54
2: Stresswahrnehmung			
	Termindruck	24	0,811
	zu viel zu tun	13	0,809
	nicht genug zeit für sich	28	0,744
	zu viele Forderungen	31	0,669
	sich gehetzt fühlen	11	0,628
3: Aggressivität			
	Wutausbrüche	2	0,733
	Leute angeschrien	15	0,75
	in Streitigkeiten geraten	10	0,704
	reizbar	9	0,667
	ausgerastet	17	0,593
4: Emotionale Kontrolle			
	Gefühle für sich behalten	6	0,85
	alles in sich hineinfressen	7	0,777
	Probleme alleine bewältigen	27	0,759
	negative Gefühle ignorieren	14	0,515

5: Alkoholkonsum

Mehr Alkohol als sonst	12	0,842
Häufiger an Alkohol gedacht	16	0,835
Vorgenommen weniger Alkohol zu trinken	19	0,631

6: Risikobereitschaft

mit Fahrstil selber gefährdet	32	0,764
rücksichtslos Auto gefahren	29	0,759
Gleichgültigkeit über mögliche Konsequenzen	33	0,673

Nach Faktorenanalyse ergibt sich eine Lösung mit 26 Items aufgeteilt auf 6 eindeutig interpretierbare Faktoren, welche den theoretischen Konstrukten des GSDS entsprechen, wobei das Konstrukt der Hyperaktivität nun nicht mehr vertreten ist. Insgesamt erklären die 6 finalen Faktoren 61,03 % der Varianz (Tab.16).

Tabelle 16

Erklärte anteilige und kumulierte Varianzen GSDS-26

Faktoren	% der Varianz	Kumulierte %
Prototypische Depression	13,444	13,444
Stresswahrnehmung	11,879	25,323
Aggressivität	11,527	36,85
Emotionale Kontrolle	9,671	46,521
Risikoverhalten	7,497	54,018
Alkoholkonsum	7,008	61,026

7.4.2. Reliabilität des GSDS-26

Jeder der oben genannten Faktoren wird durch mehrere Items inhaltlich wiedergegeben, um deren Charakteristikum fundiert einordnen zu können. Innerhalb der Items soll deshalb ein Zusammenhang erkennbar sein. Die Innere Konsistenz stellt die Genauigkeit dieses Zusammenhangs und somit die Präzision der Skala dar.

In dieser Arbeit wurden zur Überprüfung der Reliabilität des GSDS-26 Gutman's Split-Half-Koeffizient sowie Cronbach's Alpha, welches als quantitatives Maß der Inneren Konsistenz dient, berechnet. Aus 967 Fällen konnten 945 in die Analyse miteinfließen, was bei einer Itemanzahl von 26 zu einer Internen Konsistenz von 0,889 (Cronbach's Alpha) führte. Guttman's Split-half-Koeffizient liegt bei 0,86.

Nach Bortz und Döring (2006) werden für Cronbach's Alpha Werte über 0,8 als gut angesehen. Schmitt (1996) zufolge, sind schon Werte größer 0,7 akzeptabel um die innere Konsistenz einer Skala vorauszusetzen (Bortz and Döring, 2006; Irtel, 1996).

7.4.3. Konstruktvalidität des GSDS-26

Um die Validität der gekürzten Version des gendersensitiven Depressionsscreenings (GSDS-26) zu überprüfen, wurde mittels Berechnung der Rangkoeffizienten nach Spearman- Rho das Ausmaß der Korrelation zum Allgemeinen Depressionsscreening (ADS) analysiert und auf Signifikanz geprüft. Da die Variablen keine Normalverteilung aufweisen, musste auch hier ein nichtparametrischer Test angewandt werden.

Tabelle 17

Korrelation ADS/GSDS-26			Sum ADS	Sum GSDS-26
Spearman-Rho	Sum ADS	Korrelationskoeffizient	1	0,68
		Sig.(zweiseitig)		0,000
		N	958	937
	Sum GSDS-26	Korrelationskoeffizient	0,68	1
		Sig.(zweiseitig)	0,000	
		N	937	945

sum= Summenscore

Mit $Rho = 0,68$ ($p = 0,000$) besteht zwischen dem GSDS-26 und der ADS als Außenkriterium ein starker Zusammenhang, womit die Konstruktvalidität des GSDS-26 in Bezug auf die Erfassung von Depression gegeben ist (Pospeschill, 2010; Swets, 1988)(Tab.17).

Differenziert nach Faktoren ergeben sich folgende Korrelationskoeffizienten:

Tabelle 18

Korrelation ADS/GSDS-26 Faktoren			
	Faktor		Summenscore ADS
Spearman-Rho	Prototypische Depression	Korrelationskoeffizient	0,716
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	954
	Stresswahrnehmung	Korrelationskoeffizient	0,394
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	957
	Aggressivität	Korrelationskoeffizient	0,519
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	955
	Emotionale Kontrolle	Korrelationskoeffizient	0,484
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	951
	Alkoholkonsum	Korrelationskoeffizient	0,197
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	951
	Risikoverhalten	Korrelationskoeffizient	0,242
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	954
	Summenscore ADS	Korrelationskoeffizient	1
		Sig.(zweiseitig)	
		N	958

Bei den Faktoren Alkohol und Risikoverhalten konnte nur eine schwache Korrelation zum Außenkriterium verzeichnet werden. Die Faktoren Aggressivität ($Rho = 0,519$; $p = 0,000$) und Emotionale Kontrolle ($Rho = 0,484$; $p = 0,000$) weisen neben der Prototypischen Depression ($Rho = 0,716$; $p = 0,000$) die stärksten Zusammenhänge zur ADS auf (Tab.18).

Ebenso wurde die Konstruktvalidität hinsichtlich des Zusammenhangs mit Maskulinitätsnormen überprüft und zwar für Männer und Frauen separat.

Tabelle 19

Korrelation GSDS-26/ Maskulinitätsnormen Männer			
Summenscore Subskalen			Summenscore GSDS-26
Spearman-Rho	Maskulinität Männer	Korrelationskoeffizient	0,227
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	443
	Status Norm Männer	Korrelationskoeffizient	0,157
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	451
	Toughness Norm Männer	Korrelationskoeffizient	0,228
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	449
	Antifeminity Männer	Korrelationskoeffizient	0,184
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	452
		N	945

Mit $Rho = 0,280$; $p = 0,000$ ist die Konstruktvalidität des GSDS-26 hinsichtlich des Zusammenhangs mit den Maskulinitätsnormen (MRNS) der männlichen Probanden zwar moderat, aber gegeben (Tab.19). Die Korrelation des GSDS-26 zum MRNS der Frauen ist mit $Rho = 0,190$; $p = 0,000$ erwartungsgemäß schwächer (Tab.20).

Tabelle 20

Korrelation GSDS-26/ Maskulinitätsnormen Frauen			
Summenscore Subskalen			Summenscore GSDS-26
Spearman-Rho	Maskulinität Frauen	Korrelationskoeffizient	0,186
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	470
	Status Norm Frauen	Korrelationskoeffizient	0,095
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	481
	Toughness Norm Frauen	Korrelationskoeffizient	0,196
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	476

Femininity Norm Frauen	Korrelationskoeffizient	0,156
	Sig.(zweiseitig)	0,000
	N	481
	N	945

Tabelle 21

Korrelation GSDS-26 Faktoren/Maskulinitätsnormen Männer			
			Summenscore Maskulinität Männer (MRNS)
	Faktor		
Spearman-Rho	Prototypische Depression	Korrelationskoeffizient	0,18
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	448
	Stresswahrnehmung	Korrelationskoeffizient	0,089
		Sig.(zweiseitig)	0,059
		N	449
	Aggressivität	Korrelationskoeffizient	0,165
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	447
	Emotionale Kontrolle	Korrelationskoeffizient	0,254
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	446
	Alkohol	Korrelationskoeffizient	0,112
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	448
	Risikoverhalten	Korrelationskoeffizient	0,124
		Sig.(zweiseitig)	0,000
		N	449
		N	449

Betrachtet man die Korrelationen der einzelnen GSDS-26-Faktoren zur MRNS, lässt sich im Hinblick auf den Faktor Emotionale Kontrolle der stärkste Zusammenhang zu Maskulinitätsnormen erkennen (Rho= 0,254; p= 0,000). Zweitstärkste Korrelation zeigt der Faktor Prototypische Depression mit Rho= 0,180 (p= 0,000), dicht gefolgt von Aggressivität mit Rho= 0,165 (p= 0,000). Der Zusammenhang der Maskulinitätsnormen zum Faktor Stresswahrnehmung ist vernachlässigbar gering (Rho= 0,089; p= 0,000)(Tab.21).

7.4.4. Deskriptive Statistik des GSDS-26

Im GSDS-26 wurden insgesamt 945 Fälle ausgewertet. Die Gruppe umfasste in diesem Fall 487 weibliche Probanden und 458 männliche Teilnehmer

Tabelle 22

GSDS-26

Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwerts
Weiblich	487	16,7454	10,18415	0,46149
Männlich	458	15,9148	9,4526	0,44169

Der Mittelwert des GSDS-26 Summenscores der 487 weiblichen Teilnehmer beträgt 16,74 (SD= 10,18), bei 458 Männern ergibt sich ein Mittelwert von 15,91 (SD= 9,45). Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten des GSDS-Gesamtscores bei Männer und Frauen auf (MD= 0,831; df= 943; p= 0,094)(Tab.22).

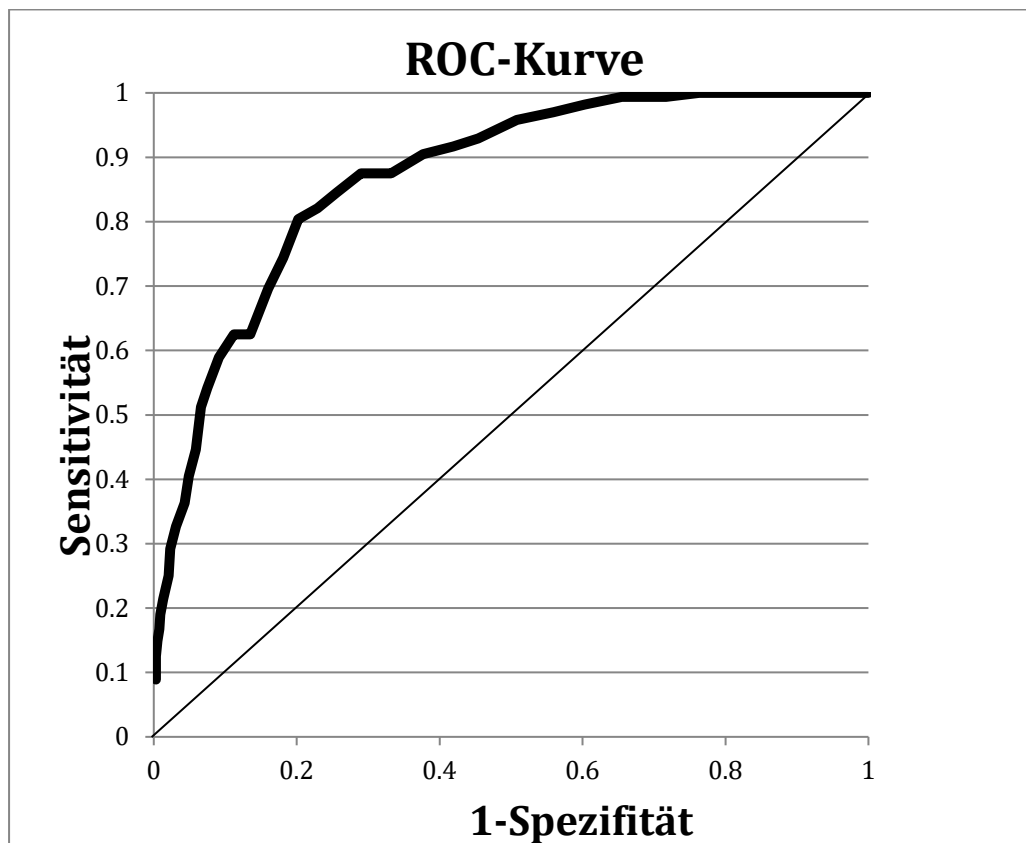
7.4.5. Cut-Off-Wert

Anhand einer Receiver-Operating-Characteristic-Analyse (ROC-Analyse) wurde der Cut-Off-Wert des GSDS-26 festgelegt. Der Cut-Off-Wert stellt einen Grenzwert dar und dient im übertragenen Sinne zur Identifizierung von Risikofällen.

Für die ROC-Kurve/ Grenzwertoptimierungskurve wurde die Sensitivität, welche die Richtig-Positiv-Rate darstellt, gegen die Spezifität, Falsch-Positiv-Rate, aufgetragen. Innerhalb eines Diagramms stellt die Ordinate hierbei die Sensitivität dar, welche Werte zwischen 100% - 0% annehmen kann. Auf der Abszisse stellen Werte von 0% -100% die Spezifität dar. Die Ergebnisse der ADS dienen hierbei als Außenkriterium. Die angenommenen Grenzwerte werden anschließend zur ROC-Kurve verbunden, diese gibt Auskunft über die Trennschärfe und somit die Qualität des validierten Screeninginstruments.

Um jenes zu begutachten, wurde die Fläche unterhalb der entstandenen Kurve, bezeichnet als „Area under the Curve“ (AUC), berechnet. Bei maximaler Sensitivität und Spezifität nimmt die AUC ihren maximalen Wert an. Zur Vergewisserung, dass ein Screeningtool genau jene Problematik misst, wozu es vorgesehen ist, sollte die AUC den Wert 0,8 nicht unterschreiten. Anschließend wurde der Youden-Index berechnet, welcher sich aus Sensitivität und Spezifität zusammensetzt und festlegt, bei welchem Cut-Off-Wert es zum Maximum der ROC-Kurve kommt (Irtel, 1996; Pospeschill, 2010; Swets, 1988; Zweig, 1993).

Abbildung 4 – ROC Kurve



Der Cut-off Wert von $\geq 19,5$ identifiziert Risikofälle bei einem Youden-Index von 0,69 und einem AUC-Wert von 0,87. Das sind ideale Werte und bedeuten 82,1% Sensitivität und 77,1% Spezifität.

Bei einem Summenwert ≥ 18 gelten Probanden nach dem Allgemeinen Depressions-Screening als für eine Depression gefährdet. Verarbeitet wurden in der ROC-Analyse 937 Fälle, aus welchen 168 als Positiv und somit als depressionsgefährdet gelten.

7.4.6. Risikofälle nach GSDS-26

Anhand des ermittelten Cut-Off-Wertes des GSDS-26 wurde mittels einer Kreuztabelle die Häufigkeit des Depressionsrisikos in Abhängigkeit vom Geschlecht untersucht (Tab.23).

Das Depressionsrisiko bei einem Cut-Off-Wert von $\geq 19,5$ liegt bei 945 bearbeiteten Fällen bei insgesamt 33,4% der Probanden. Mittels der ADS wurden in der identischen Stichprobe 18,2% der Probanden als Risikofälle identifiziert, das bedeutet, dass durch den GSDS-26 zusätzliche 15,2% verzeichnet werden konnten.

Aus der Gruppe der männlichen Teilnehmer müssen 15,4% als Risikofälle eingestuft werden (entspricht 146 von 458 Männern). Im Vergleich wurden mit der ADS 7,5% Risikofällen bei den Männern (72 von 462) als depressionsgefährdet eingestuft.

Tabelle 23

Depressionsgefährdung nach GSDS-26, Differenzierung nach Geschlecht

			Risikofälle nach GSDS-26		
			0	1	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	317	170	487
		% innerhalb Geschlecht	65,1	34,9	100
		% innerhalb GSDS-26	50,4	53,8	51,5
		% der Gesamtzahl	33,5	18	51,5
	männlich	Anzahl	312	146	458
		% innerhalb Geschlecht	68,1	31,9	100
		% innerhalb GSDS-26	49,6	46,2	48,5

	% der Gesamtzahl	33	15,4	48,5
<hr/>				
Gesamt	Anzahl	629	316	945
	% innerhalb Geschlecht	66,6	33,4	100
	% innerhalb GSDS-26	100	100	100
	% der Gesamtzahl	66,6	33,4	100
<hr/>				
0 = nicht depressionsgefährdet				
1 = depressionsgefährdet				

Insgesamt wurden mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) sowie mit dem GSDS-26 mehr Frauen als Männer als depressionsgefährdet identifiziert. Geschlechtsintern betrachtet konnte wie in Tabelle 24 ersichtlich das GSDS-26 mit 46,2% jedoch mehr Männer als depressionsgefährdet einstufen als die ADS (41,4%).

Anders als bei der ADS ist der Unterschied der geschlechtsspezifischen Depressionsgefährdung nach GSDS-26 jedoch nicht signifikant ($\chi^2 = 0,97$; $p = 0,335$).

Tabelle 24

Risikofälle GSDS-26		
	ADS	GSDS-26
Frauen in %	58,6	53,8
Männer in %	41,4	46,2

In Tabelle 25 werden die Mittelwerte der Subskalen-Gesamtscores der MRNS in Abhängigkeit der Depressionsgefährdung nach GSDS-26 dargestellt. Die Männer mit Depressionsgefährdung erreichen in allen Subskalen-Gesamtscores signifikant höhere Mittelwerte als die Gruppe ohne Depressionsgefährdung.

Tabelle 25

Mittelwerte der Subskalen-Gesamtscores in Abhängigkeit der Depressionsgefährdung nach GSDS-26

Gesamtscore Subskala MRNS	GSDS-26	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Sig.(2-seitig)
Maskulinität	0	303	86,8218	22,94193	0,000
	1	140	96,5857	22,70708	0,000
Status Norm	0	308	40,3084	12,58686	0,001
	1	143	44,6434	12,71043	0,001
Toughness Norm	0	307	26,5440	7,75654	0,000
	1	142	29,7324	7,80972	0,000
Antifeminity	0	309	19,9094	7,21638	0,002
	1	143	22,2378	7,48139	0,002

7.4.7 Vergleich der Risikoeinschätzung durch GSDS-26 und durch ADS

Mittels Kreuztabellen wurden Zusammenhänge der Ergebnisse des ADS und GSDS getestet und verglichen (Tab.26). Um unter den Ergebnissen beider Screening-Instrumente einen direkten und aussagekräftigen Vergleich ziehen zu können, wurden 937 kompatible Fälle herangezogen. Der Anteil der Risikofälle, die sowohl mit dem ADS als auch mit dem GSDS-26 identifiziert wurden, liegt bei 43,9% (138 Fälle).

Tabelle 26

Depressionsgefährdung nach ADS in Abhängigkeit von GSDS-26

		Depressionsrisiko nach ADS*			
		0	1	Gesamt	
Depressionsrisiko nach GSDS-26	0	Anzahl	593	30	623
		% innerhalb GSDS-26	95,2	4,8	100
		% innerhalb ADS	77,1	17,9	66,5

		% der Gesamtzahl	63,3	3,2	66,5
	1	Anzahl	176	138	314
		% innerhalb GSDS	56,1	43,9	100
		% innerhalb ADS	22,9	82,1	33,5
		% der Gesamtzahl	18,8	14,7	33,5
Gesamt		Anzahl	769	168	937
		% innerhalb GSDS-26	82,1	17,9	100
		% innerhalb ADS	100	100	100
		% der Gesamtzahl	82,1	17,9	100

0= nicht depressionsgefährdet

1= depressionsgefährdet

*Depressiv nach ADS entspricht einem Summenwert von ≥ 18

Um die Ergebnisse des GSDS-26 spezifischer untersuchen zu können und vor allem Aussagen über die Unterschiede in der Identifizierung von männlichen und weiblichen Risikofällen treffen zu können, wurden die nur durch den GSDS identifizierten 176 Fälle entsprechend aufgesplittet und erneut in einer Kreuztabelle dargestellt (Tab.27).

Im Hinblick auf die Risikofälle, welche nur durch das GSDS-26 identifiziert wurden, liegt der Anteil bei 56,1% (176 Fälle), davon sind 53,5% Frauen und 59,0% Männer.

Tabelle 27

Depressionsgefährdung ADS/GSDS-26 nach Geschlecht

			Identische Fälle GSDS-26/ADS		
			1 *	2*	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	79,0	91,0	170
		% innerhalb Geschlecht	46,5	53,5	100
		% innerhalb GSDS-26/ADS	57,2	51,7	54,1
		% der Gesamtzahl	25,2	29,0	54,1

männlich	Anzahl	59,0	85,0	144
	% innerhalb Geschlecht	41,0	59,0	100
	% innerhalb GSDS-26/ADS	42,8	48,3	45,9
	% der Gesamtzahl	18,8	27,1	45,9
Gesamt	Anzahl	138	176	314
	% innerhalb Geschlecht	43,9	56,1	100
	% innerhalb GSDS-26/ADS	100	100	100
	% der Gesamtzahl	43,9	56,1	100

1*= in ADS und GSDS-26 identische Risikofälle

2*= nur durch GSDS-26 identifiziert

Wie in der oben aufgeführten Tabelle ersichtlich, konnten mittels des gendersensiblen Depressionsscreenings (GSDS-26) 27,1 % (85) der männlichen Probanden als depressionsgefährdet identifiziert werden. Von ADS und GSDS-26 konform verzeichnete Risikofälle liegen bei 18,8% der männlichen und 25,2% der weiblichen Stichprobe. Mit Hilfe des GSDS-26 konnten somit 8,3% (26 Probanden) mehr Männer als depressionsgefährdet eingestuft werden.

Die Anteile der nach GSDS-26 bzw. ADS definierten Risikofälle unterscheiden sich signifikant voneinander, was durch den Chi-Quadrat-Test nach Pearson eingehend überprüft und bestätigt wurde ($\chi^2 = 217,28$; $p=0,000$).

7.4.8. Varianzanalyse

Im folgenden Schritt wurde mit Hilfe der einfachen Varianzanalyse, sowie der zweifaktoriellen Varianzanalyse der Einfluss variabler Faktoren, welche in diesem Fall „Depressionsgefährdung“ und „Geschlecht“ darstellten, auf die Faktorenmittelwerte berechnet und analysiert.

Es wird zunächst jeweils die Mittelwertvarianz innerhalb einer Gruppe betrachtet, sowie anschließend ein Vergleich mit der Mittelwertvarianz zwischen zwei Gruppen gezogen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Zugehörigkeit zu einer Gruppe (z.B. Depressionsgefährdung/keine Depressionsgefährdung; Männer/Frauen) Einfluss auf die einzelnen Faktoren hat, ist umso höher, je größer die Varianz zwischen den Gruppen im Vergleich zur intergruppalen Varianz ist.

Im Anschluss wurden im Zuge der zweifaktoriellen Varianzanalyse die Interaktionen beider oben genannten Einflussfaktoren, sogenannte Interaktionseffekte, auf die Faktormittelwerte untersucht. Interaktionseffekte beschreiben die Wechselwirkungen zwischen zwei Einflussfaktoren, d.h. inwiefern die Ausprägung einer bestimmten Variable den Einfluss einer zweiten Variable auf den Zielfaktor reglementiert.

Einflussvariable „Depressionsgefährdung“ :

Tabelle 28

GSDS-26 Faktorenmittelwerte nach Depressionsgefährdung

	GSDS-26: Depressions- gefährdet	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Sig.(2-seitig)
Faktor					
Prototypische Depression	0	629	1,7313	1,64413	0,000
	1	316	6,2975	3,18530	0,000
Stresswahrnehmung	0	629	3,9396	2,62573	0,000
	1	316	8,3576	3,05224	0,000
Aggressivität	0	629	1,0143	1,17218	0,000
	1	316	3,6551	2,72868	0,000
Emotionale Kontrolle	0	629	3,2750	2,22157	0,000
	1	316	7,0791	2,64096	0,000
Alkohol	0	629	0,5326	1,01938	0,000
	1	316	1,7152	1,96668	0,000

Risikoverhalten	0	629	0,1065	0,40274	0,000
	1	316	0,6705	1,34963	0,000

0= nicht depressionsgefährdet

1= depressionsgefährdet

Mittels des GSDS-26 wurden unter 945 Probanden 316 als depressionsgefährdet eingestuft.

Die vorangegangene Tabelle stellt den Einfluss des Faktors Depression auf die Faktorenmittelwerte dar. Insgesamt haben, wie in der Spalte „Mittelwert“ ersichtlich, Depressionsgefährdete hochsignifikant höhere Mittelwerte ($p=0,000$) in allen sechs untersuchten Faktoren als die Probanden aus der Gruppe der nicht-depressionsgefährdeten. Der Faktor Depressionsgefährdung hat den höchsten Einfluss auf die Faktoren „Emotionale Kontrolle“ und „Stressbelastung“, knapp gefolgt vom Faktor „Prototypische Depressionssymptome“.

Einflussvariable „Geschlecht“ :

In der nachfolgenden Tabelle werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der mittels des GSDS-26 erfassten Faktoren aufgezeigt.

Tabelle 29

GSDS-26 Faktorenmittelwerte nach Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Sig.(2-seitig)
Faktor					
Prototypische Depressionssymptome	weiblich	499	3,5531	3,26701	0,008
	männlich	464	3,0086	3,04181	0,008
Stressbelastung	weiblich	500	5,8300	3,63256	0,000
	männlich	466	5,0429	3,25713	0,000
Aggressivität	weiblich	500	1,9880	2,33383	0,269
	männlich	464	1,8267	2,15501	0,267
Emotionale Kontrolle	weiblich	497	4,4085	3,06452	0,150

	männlich	463	4,6847	2,86264	0,149
Alkoholkonsum	weiblich	496	0,7560	1,42806	0,000
	männlich	464	1,1078	1,58326	0,000
Risikoverhalten	weiblich	496	0,2500	0,95452	0,077
	männlich	466	0,3519	0,82212	0,076

Frauen weisen hierbei signifikant höhere Mittelwerte in den Faktoren „Prototypische Depressionssymptome“ und „Stressbelastung“ ($p=0,030$; $p=0,005$) auf. Ebenso ist der Mittelwert des Faktors „Aggressivität“ höher als jener der männlichen Probanden, hier jedoch nicht signifikant. Die Gruppe der männlichen Probanden zeigt höchstsignifikant höhere Mittelwerte in den Faktoren „Alkoholkonsum“ ($p=0,000$) und höhere Mittelwerte in den Faktoren „Emotionale Kontrolle“ und „Risikoverhalten“, hier jedoch ohne Signifikanz (Tab.29).

Einflussvariablen „Depressionsgefährdung“ und „Geschlecht“ :

In nachfolgender Varianzanalyse wurde getestet, ob innerhalb der Gruppe der durch den GSDS-26 als depressionsgefährdet eingestuften Probanden, das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Faktorenmittelwerte ausübt.

Tabelle 30

Depressionsgefährdung und Faktorenmittelwerte nach Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Sig.(2-seitig)
Faktor					
Prototypische Depressionssymptome	weiblich	102	7,7451	3,36165	0,495
	männlich	71	7,3803	3,57518	0,500
Stressbelastung	weiblich	102	7,8627	3,47847	0,497
	männlich	72	7,5139	3,11287	0,489
Aggressivität	weiblich	102	3,8431	3,27531	0,948

	männlich	72	3,8750	2,99736	0,947
Emotionale Kontrolle	weiblich	101	6,5644	3,09650	0,457
	männlich	70	6,9143	2,89298	0,451
Alkoholkonsum	weiblich	100	1,2900	1,90319	0,054
	männlich	71	1,8732	1,99234	0,057
Risikoverhalten	weiblich	102	0,5784	1,52495	0,355
	männlich	72	0,7778	1,18942	0,335

Depressionsgefährdete weibliche Probanden zeigen höhere Mittelwerte in den Faktoren „Prototypische Depressionssymptome“ und „Stressbelastung“. Hingegen lassen sich in der Gruppe der männlichen Depressionsgefährdeten höhere Mittelwerte in den Faktoren „Emotionale Kontrolle“, „Alkoholkonsum“ und „Risikoverhalten“ verzeichnen, jedoch ohne Signifikanz. Obwohl der Mittelwert des Faktors „Aggressivität“ in der Varianzanalyse „Einflussfaktor Geschlecht“ (Tab.30) noch bei den weiblichen Probanden höher ist, weist er mit Hinzunahme des Einflussfaktors „Depressionsgefährdung“ nun im männlichen Patientenkollektiv einen höheren Wert auf.

7.4.9. Logistische Regression

Um zu quantifizieren, welchen Anteil die einzelnen GSDS-Faktoren (Prototypische Depressionssymptome wurden aus Redundanzgründen ausgeschlossen) als Prädiktorvariablen für das Depressionsrisiko nach ADS (Außenkriterium) haben, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Durch fehlende Werte reduzierte sich der Datensatz auf 939 Fälle.

GSDS-Faktoren auf ADS als Außenkriterium bei blockweisem Einschluss:

Tabelle 31

Omnibus-Test der Modellkoeffizienten		Chi-Quadrat	df	Sig.
Schritt 1	Schritt	200,686	5	0,000
	Block	200,686	5	0,000
	Modell	200,686	5	0,000

Der Omnibus-Test der Modellkoeffizienten ergibt für das vorliegende Modell nach blockweisem Einschluss ein Chi-Quadrat von 200,686 (df=5; p= 0,000)(Tab.31). Chi-Quadrat liegt in diesem Fall deutlich über dem kritischen Wert. Es kann somit die Nullhypothese, es bestehe kein Zusammenhang zwischen den im GSDS-26 erfassten Faktoren und dem Depressionsrisiko, verworfen werden.

Tabelle 32

Modellzusammenfassung			
Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R-Quadrat	Nagelkerkers R-Quadrat
1	681,49	0,192	0,316

Der -2Log-Likelihood- Wert beschreibt in der vorangegangenen Tabelle das Modell, welches die Prädiktorvariablen miteinschließt. Die Maße nach Cox&Snell sowie Nagelkerker beurteilen ebenso die Güte des gesamten Modells. Sie geben Aufschluss über die Varianz des Depressionsrisikos, welche durch das Modell erklärt wird. Folglich repräsentiert Nagelkerkers R-Quadrat mit einem Wert von 0,316 (maximal erreichbarer Wert=1), dass das Depressionsrisiko durch die Prädiktorvariablen mit einer Varianz von 31,6 % erklärt wird. Nach Backhaus et al. sind Werte >0,2 als akzeptabel anzusehen, Werte >0,4 als gut (Backhaus et al., 2003)(Tab.32).

Tabelle 33

Prädiktorvariablen						
Faktor	Regressions- koeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Stressbelastung	0,114	0,030	14,346	1	0,000	1,121
Aggressivität	0,291	0,043	46,079	1	0,000	1,337
Emotionale Kontrolle	0,212	0,036	34,895	1	0,000	1,236
Alkoholkonsum	0,094	0,057	2,700	1	0,100	1,098
Risikoverhalten	0,002	0,096	0,000	1	0,985	1,002
Konstante	-4,193	0,286	215,125	1	0	0,015

Die Signifikanz der Wirkung der untersuchten Faktoren auf das Depressionsrisiko wird in dieser Regression durch die Wald-Statistik überprüft. Zusätzlich können die Einflussstärken der Prädiktoren über den Wald-Wert untereinander verglichen werden.

Aus den oben aufgeführten Regressionskoeffizienten lässt sich zudem Exp(B) herleiten, welcher als Odds Ratio definiert wird. Odds Ratio stellt ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs der Prädiktorvariablen zur Zielvariable (Risiko einer Depression) dar. Er beschreibt, um welchen Faktor sich das Wahrscheinlichkeitsverhältnis verändert, wenn ein Prädiktorfaktor um eine Einheit steigt, jedoch alle anderen aufgeführten Faktoren unverändert bleiben. Im Falle des Prädiktors „Aggressivität“ lässt sich folgern, dass eine Steigerung des Faktors um eine Einheit zu einer Erhöhung des Wahrscheinlichkeitsverhältnisses zwischen Prädiktor und Zielvariable um 1,337 (OD) führt.

Odds Ratio kann Werte ≥ 0 annehmen. Die Werte $> 1,000$ bedeuten, dass die Chance für das Depressionsrisiko steigt/ der jeweilige Faktor das Depressionsrisiko begünstigt (Jaccard, 2001; Kleinbaum, 1994; Lange S., 2007).

Die Ergebnisse verdeutlichen eine starke Assoziation zwischen dem Depressionsrisiko und den Prädiktoren „Aggressivität“ (OR=1,337) sowie „Emotionale Kontrolle“ (OR=1,236).

Neben diesen beiden hoch signifikanten Faktoren muss auch der Faktor „Stressbelastung“ (OR=1,121) als Prädiktor in Betracht gezogen werden. Der Effekt der Faktoren „Risikoverhalten“ sowie „Alkoholkonsum“ auf das Depressionsrisiko wird als nicht signifikant eingestuft.

Zur genauen Verifizierung des Beitrags der einzelnen Prädiktoren zur Varianzaufklärung, wurde erneut eine logistische Regression durchgeführt. In folgender Regression, fand eine Analyse der drei wichtigsten GSDS-26-Prädiktorfaktoren auf ADS als Außenkriterium bei schrittweisem Einschluss statt.

Tabelle 34

Omnibus-Test der Modellkoeffizienten		Chi-Quadrat	df	Sig.
Schritt 1	Schritt	123,012	1	0,000
	Block	123,012	1	0,000
	Modell	123,012	1	0,000
Schritt 2	Schritt	60,689	1	0,000
	Block	183,701	2	0,000
	Modell	183,701	2	0,000
Schritt 3	Schritt	14,295	1	0,000
	Block	197,995	3	0,000
	Modell	197,995	3	0,000

Schrittweiser Einschluss: 1. Faktor Aggressivität
2. Faktor Emotionale Kontrolle
3. Faktor Stress

Tabelle 35

Modellzusammenfassung			
Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R-Quadrat	Nagelkerkers R-Quadrat
1	759,164	0,123	0,202
2	698,476	0,178	0,292
3	684,181	0,190	0,312

Tabelle 36

Prädiktorvariablen							
Schritt	Faktor	Regressions- koeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1	Aggressivität	0,396	0,039	103,233	1	0,000	1,486
	Konstante	-2,473	0,140	311,248	1	0,000	0,084
2	Aggressivität	0,340	0,041	70,168	1	0,000	1,405
	Emotionale Kontrolle	0,257	0,034	56,820	1	0,000	1,292
	Konstante	-3,722	0,246	228,075	1	0,000	0,024
3	Aggressivität	0,301	0,042	52,595	1	0,000	1,351
	Emotionale Kontrolle	0,224	0,035	40,769	1	0,000	1,251
	Stressbelastung	0,113	0,030	14,188	1	0,000	1,119
	Konstante	-4,165	0,285	214,247	1	0,000	0,016

Bei schrittweisem Einschluss erweist sich wiederum „Aggressivität“ als stärkster Prädiktor (im ersten Schritt: $\beta=0,396$; $OR=1,486$; $p=0,000$). Nach Nagelkerkers R-Quadrat lässt sich allein durch den Faktor „Aggressivität“ (1) eine Varianzaufklärung von 20,2% registrieren. Bei Einschluss des Faktors „Emotionale Kontrolle“ (2) steigt die Varianzaufklärung auf 29,2%, mit dem drittstärksten Prädiktor ist eine Erhöhung auf 31,2% erkennbar.

8. Diskussion

8.1. GSDS-26

In der vorliegenden Arbeit wurde das Gendersensible Depressionsscreening (GSDS) validiert. Bei dem GSDS handelt es sich um ein neu konzipiertes Erhebungsinstrument, welches der besseren Identifizierung eines Depressionsrisikos bei Männern dienen soll. Erstmals validiert wurde dieses Screeninginstrument anhand einer Studentenstichprobe (Johanna Reiß, Dissertation). Da Validierungen abhängig sind von der jeweilig untersuchten Stichprobe, sind verschiedene Stichproben erforderlich, um differenzierte Aussagen machen zu können. Ziel dieser Arbeit ist es, das GSDS mit Hilfe einer Stichprobe ambulanter, nicht-psychiatrischer

Patienten erneut zu validieren und somit einen Beitrag zum besseren und spezifischeren Depressionsscreening bei Männern zu leisten.

Mit dem GSDS wurden neben den traditionellen Depressionssymptomen auch spezifisch auf Männer ausgerichtete Stresssymptome erfasst, was bisher in Standardfragebögen zur Depression nicht der Fall ist und was die Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern zumindest teilweise erklären könnte.

Das Gendersensible Depressionsscreening entspricht formell und inhaltlich den klassischen Kriterien der Fragebogenkonstruktion. Die einbezogenen Konstrukte werden im vorliegend validierten GSDS-26 jeweils durch mehrere Items beschrieben und lassen sich hier voneinander abgrenzen. Die Items wurden eindeutig formuliert, um Probleme bezüglich der Verständlichkeit zu vermeiden, was, wie in der Arbeit beschrieben, bei anderen Screeninginstrumenten vernachlässigt wurde. Mit anfänglich 33 Items konnte das Screeninginstrument durch Faktorenanalysen auf eine 26- Item- Version reduziert werden.

Laut MacCallum (1999) ist für die Validierung eines Fragebogens eine Stichprobe größer 300 notwendig und als gut einzustufen. In der vorliegenden Arbeit konnten zur Validierung 1010 Probanden rekrutiert werden, wobei 958 Fragebögen ausgewertet werden konnten, was deutlich über MacCallums angegebenem Wert liegt.

Trotz gesellschaftlichem Wandel und sozialer Individualisierung, erscheinen viele Männer durch die nach wie vor existenten Männlichkeitsideologien in ihrer Emotionalität eingeschränkt und agieren Probleme eher aus (Externalisierung) als darüber zu sprechen. Das gilt für körperliche, aber noch mehr für psychische Beschwerden. Bei Konsultation eines Arztes werden psychische Probleme selten direkt angesprochen, weder vom Patienten noch vom Arzt. Aufgrund und infolge einer verbreiteten „Genderblindheit“ bei der Depressionsdiagnostik, bleibt die Depression bei Männern oft unerkannt.

In der vorliegenden Arbeit wurden neben den prototypischen Depressionssymptomen auch die Konstrukte Stressbelastung, Aggressivität, Emotionale Kontrolle, Alkoholkonsum

sowie Hyperaktivität und Risikoverhalten über das GSDS untersucht und analysiert. Der Auswahl dieser Konstrukte lag die Annahme zugrunde, dass das damit verbundene Erleben und Verhalten bei depressionsgefährdeten Männern häufiger vorkommt als bei Frauen.

Die Stichprobe bestand aus 1010 Probanden, welche zum Zeitpunkt der Erhebung allesamt ambulante Patienten der Dermatologie der LMU sowie der Augenklinik der LMU waren. Unter den 1010 bearbeiteten Erhebungsbögen konnten 958 ausgewertet werden. Von den Probanden waren 496 weiblichen und 462 männlichen Geschlechts und hatten ein Durchschnittsalter von 43 Jahren. Die Probanden bearbeiteten jeweils einen Fragebogen zum Allgemeinen Depressionsscreening, einen zweiten Erhebungsbogen zum Gendersensiblen Depressionsscreening sowie einen Fragebogen zur Maskulinitätsorientierung. Für die Gruppe der Frauen wurden die Fragen zur Maskulinitätsorientierung auf das Geschlecht entsprechend angepasst.

Die Ergebnisse belegen, dass durch die Berücksichtigung zusätzlicher kognitiver und affektiver Stressverarbeitungsformen, insbesondere Aggressivität und emotionale Kontrolle, das traditionelle Depressionsscreening deutlich verbessert werden kann, weil ein signifikant höherer Prozentsatz von Risikofällen identifiziert werden konnte. Die besondere Problematik der Depression bei Männern liegt unter anderem darin, dass diese aufgrund von Aggressivität und stärker ausgeprägter emotionaler Kontrolle möglicherweise schwerer zu erfassen ist. Es zeigt sich, dass der GSDS, der diese Problematik berücksichtigt, im Vergleich zum ADS mehr Risikofälle unter den Männern identifiziert.

Insgesamt konnte die ADS 18,2% (174 Probanden) als depressionsgefährdet einstufen. Mittels GSDS-26 konnten aus 945 Teilnehmern (487 weiblich, 458 männlich) 33,4% als Risikofälle für eine Depression ermittelt werden, was einer Steigerung von 15,2% entspricht. Differenziert nach Geschlecht lassen sich mit dem GSDS-26 8,2% mehr depressionsgefährdete Männer identifizieren als mit der ADS.

Besondere Beachtung gilt dem Faktor „Aggressivität“, dieser zeigt sich in der Logistischen Regressionsanalyse als stärkster Prädiktor für eine Depressionsgefährdung (nach ADS) im GSDS-26. Charakterisiert wird das Konstrukt Aggressivität durch fünf Items: „Ich hatte Wutausbrüche, die ich nicht kontrollieren konnte.“, „Ich habe Leute angeschrien.“, „Ich bin immer wieder in Streitereien geraten.“, „Ich war leicht reizbar und verärgert.“, „Ich bin schon so ausgerastet, dass ich Gegenstände zerschlagen habe.“. Diese Aussagen beschreiben Attribute wie Feindseligkeit, Ärger und physische sowie verbale Aggressivität. Die Ergebnisse unterstützen und bekräftigen das Konzept der Male-Depression das durch die „hegemoniale Männlichkeit“ geprägt ist, wie auch Möller-Leimkühler es 2009 beschreibt (Möller-Leimkühler, 2009). Vor diesem Hintergrund könnte eine mögliche Depression aufgrund der vorliegenden Ergebnisse durch erhöhtes aggressives Verhalten und Feindseligkeit maskiert sein. Männer überspielen psychische Probleme scheinbar unter anderem mit als typisch männlich geltenden Attributen, um ihre männliche Identität zu schützen und ihre soziale Anerkennung nicht zu gefährden. Dass Aggressivität eine besondere Bedeutung im Kontext der männlichen Depression zukommt, haben auch die Studien von Winkler et al. (2005) bestätigt. Diese Faktoren werden in aktuellen Depressions-Screeninginstrumenten bis dato nicht berücksichtigt, wodurch viele Männer mit Depressionsrisiko unerkannt bleiben.

Dicht gefolgt erhöht der Faktor „Emotionale Kontrolle“ das Risiko einer Depression, das heißt, je ausgeprägter die emotionale Kontrolle, desto ausgeprägter sind auch die depressiven Symptome. Dies gilt insbesondere für Männer, die im Vergleich zu depressionsgefährdeten Frauen einen signifikant höheren Grad an emotionaler Kontrolle aufweisen. Dieser Faktor wird im GSDS-26 durch die Aussagen „Ich habe meine Gefühle für mich behalten.“, „Ich habe alles in mich hineingefressen.“, „Ich habe versucht, allein mit meinen Problemen fertig zu werden.“, „Ich habe versucht, meine schlechten Gefühle zu ignorieren.“ beschrieben. Dieses Ergebnis bekräftigt das differente Hilfesuch-Verhalten von

Männern im Vergleich zu Frauen. Viele Männer bevorzugen es, Probleme mit sich selber auszumachen anstatt offen mit psychischen Problemen umzugehen. Ärzte zu konsultieren oder vor Kollegen Gefühle preiszugeben und Schwäche zeigen zählt zu den traditionell weiblichen Attributen und wird zumeist mit Hilflosigkeit assoziiert, was im Stereotyp der Männlichkeit nicht vorgesehen ist (Möller-Leimkühler, 2009). Der Zusammenhang zwischen emotionaler Kontrolle und Depression wurde in einer US-Studie nur bei Männern gefunden, nicht bei Frauen (Flynn et al., 2010).

Die geschlechtsspezifische Differenzierung der GSDS- Faktoren zeigt, dass auch Frauen mit Aggressivität und emotionaler Kontrolle auf depressive Symptome reagieren können und somit in gewisser Weise auch in das Muster der Male Depression passen. Wie bereits andere Studien ergaben, ist die Male Depression kein rein geschlechtsspezifisches männliches Problem, sondern ist auch bei Frauen zu beobachten (Möller-Leimkühler and Yücel, 2010).

8.2. MRNS

Mit der Male Role Norm Scale sollte in vorliegender Arbeit der unterstellte Zusammenhang zwischen dem Depressionsrisiko und der Orientierung an traditioneller Maskulinität untersucht werden.

Die Gruppe der männlichen Probanden mit Depressionsgefährdung erzielte in allen Subskalen des MRNS signifikant höhere Summenmittelwerte als die Gruppe ohne Depressionsgefährdung. Dies verweist auf den Zusammenhang eines nach wie vor existenten traditionellen Männlichkeitsbildes, welches das Risiko an einer Depression zu erkranken, erhöhen kann. Die Konstruktvalidität des GSDS-26 im Hinblick auf Maskulinitätsorientierung konnte also nachgewiesen werden, wobei die Korrelation zwar nur mäßige, aber dennoch hoch signifikante Werte ergab. Auch in der Studie von Rice et al. (2013) wird von mäßig ausgeprägten Korrelationen berichtet. Eine mäßige Korrelation bei hoher Signifikanz kann

einerseits durch die Größe der Stichprobe bedingt sein, andererseits aber auch durch einen stärkeren Zusammenhang zwischen Normorientierung und depressiven Symptomen bei subjektiv wahrgenommenem Stress. Möglicherweise sind mit der Normorientierung assoziierte Faktoren wie Einstellungen zu psychischen Problemen, Hilfesuche oder Scham von größerer Bedeutung als globale Indikatoren von Maskulinität. Dies kann als Beleg für eine deutliche „Männersensitivität“ bzw. „Maskulinitätssensitivität“ des GSDS verstanden werden, und zwar insbesondere über die GSDS-Faktoren „emotionale Kontrolle“, „depressive Symptome“ und „Aggressivität“. Im Vergleich lag die Korrelation zwischen MRNS und ADS bei den männlichen Probanden nur bei einem Wert von 0,16 ($p=0,001$).

Die Vorstellung von Männlichkeit, beziehungsweise die gesellschaftlichen Erwartungen an Männer, immer stark zu sein, keine Hilfe zu beanspruchen, sondern die eigenen Probleme stets autonom zu lösen und die Fassade zu wahren, d.h. nach außen leistungsfähig zu bleiben, scheint für Depressionsgefährdete ein nicht zu unterschätzendes Thema zu sein. Dies sollte in weiteren Studien eingehender untersucht und analysiert werden.

8.3. Limitationen

Limitationen ergeben sich sowohl aus der Rekrutierungsmethode als auch aus den Erhebungsinstrumenten, die in der vorliegenden Studie eingesetzt wurden.

Alle Probanden wurden persönlich ausgewählt, angesprochen und aufgefordert, an der Studie teilzunehmen. Hier darf nicht unbeachtet bleiben, dass womöglich unbewusst ein Selektionsbias bezüglich der Teilnehmer-Auswahl entstanden ist. Die Befragung der ausgewählten Probanden fand in den oben genannten Ambulanzen der LMU statt. Allgemein betrachtet befinden sich in Ambulanzen sowohl Personen mit akuten, womöglich auch schmerzhaften Problemen, sowie Menschen die einen Routine-Arztbesuch vor sich haben und somit schmerzfrei sind. Am Beispiel der Ambulanz der Dermatologie erläutert bedeutet dies, dass Menschen mit Hautproblemen oder Schmerzen an dem größten Organ unseres

Körpers sich in der Ambulanz aufhalten und nach der Anmeldung oft einige Stunden auf die bevorstehende Vorstellung beim zuständigen Arzt warten. Ungewissheit über die gesundheitliche Situation könnte in diesem Fall eine negative Wirkung auf den Allgemeinzustand, sowie den psychischen Zustand der Patienten haben. Diesbezüglich sollte eine Verzerrung der Ergebnisse, verursacht durch den womöglich temporär labileren Zustand während des Ausfüllens eines Fragebogens nicht außer Acht gelassen werden.

Limitierungen ergeben sich auch aus den eingesetzten Fragebögen, die allesamt Selbstbeurteilungsinstrumente sind. Verzerrungen aufgrund von geschlechtsspezifischen Symptombereitsverhalten oder vermeintlicher sozialer Erwünschtheit können daher nicht ausgeschlossen werden.

Auch die Tatsache, dass als Außenkriterium für die Prüfung des GSDS ein Selbstbeurteilungsinstrument (ADS) gewählt wurde, kann die Ergebnisse beeinflusst haben. Zwar wäre ein klinisches Experteninterview nach ICD 10 wünschenswert gewesen, doch war dies praktisch nicht durchführbar.

Schließlich resultiert eine weitere Limitierung der vorliegenden Studie aus der altersmäßigen Beschränkung der Stichprobe auf Personen ab 18 Jahren. Jedoch weist nicht nur das Erwachsenenalter, sondern auch das Kindes- und Jugendalter eine hohe Prävalenz psychischer Störungen auf, die ebenfalls oft nicht erkannt werden. So liegt die Erkennungsrate von Pädiatern für Depressionen nur zwischen 21% und 55% (Allgaier et al., 2012). Zwar ist aufgrund der normalen Entwicklungskrisen im Jugendalter eine Depression insbesondere bei männlichen Jugendlichen schwer zu erkennen, doch könnte die Erkennungsrate möglicherweise verbessert werden, wenn Formen externalisierenden Verhaltens, insbesondere Aggressivität, abweichendes Verhalten und Risikoverhalten, die zu häufigen Verkehrsunfällen und Suiziden führen, auch als möglicher Ausdruck einer dahinter liegenden Depression verstanden würden.

8.4. Weiterer Forschungsbedarf

Insgesamt ergibt sich aus dem bisherigen, noch relativ begrenzten Forschungsstand zur „männlichen“ Depression und den damit verbundenen offenen Fragen, aus vielfältigen klinischen Erfahrungen, die das Konzept bestätigen, und aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie die Notwendigkeit, den Subtypus der männlichen Depression intensiver zu erforschen. Für weitere Validierungsstudien des GSDS wäre der Einsatz klinischer Experteninterviews wünschenswert sowie der Einsatz im Jugendalter, um zu untersuchen, ob sich der GSDS auch hier als Screening bewährt. Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob die für den GSDS ausgewählten Konstrukte Aggressivität, Risikoverhalten, Stresswahrnehmung, emotionale Kontrolle, Alkoholkonsum und Hyperaktivität eine hinreichende Selektion männlicher Verhaltensmuster darstellt, welche für männliches Depressionserleben von Bedeutung sind. Eine breite Anwendung des GSDS-26, der möglicherweise auf der Basis zusätzlicher Daten noch gekürzt werden könnte, im Rahmen der allgemeinmedizinischen Versorgung und fachärztlichen Betreuung sowie in psychosomatischen und Rehabilitationskliniken wäre sinnvoll, um depressionsgefährdete Männer besser identifizieren zu können und eine rechtzeitige depressionsspezifische Behandlung zu ermöglichen.

9. Zusammenfassung

Die Depression als Krankheitsbild stellt in der heutigen Zeit eine der häufigsten Erkrankungen dar. Nach wie vor wird eine Depression bei Frauen fast doppelt so oft diagnostiziert als bei Männern und wird daher in unserer Gesellschaft als typisch feminine Krankheit wahrgenommen. Paradoxerweise lässt sich aber unter Männern eine viel höhere Suizidrate erkennen. Hieraus lässt sich vermuten, dass womöglich eine Art

„Genderblindheit“ bezüglich der Depressionsdiagnostik vorherrscht und Männer genau so häufig an einer Depression leiden wie Frauen, jedoch andere Verhaltensmuster äußern. Das Suchen nach Hilfe steht für Männer nicht an erster Stelle. Um Stresssituationen zu kompensieren und das Erwartungsbild gegenüber Mitmenschen aufrecht zu erhalten, versuchen Männer Emotionen zu unterdrücken und sich mittels externalisierender Verhaltensmuster zu maskieren. Da aktuell kein Selbstbeurteilungs-Fragebogen existiert, welcher die vorangegangene beschriebene Problematik behandelt, wurde in der vorliegenden Arbeit ein neues Screeninginstrument, das „Gendersensitive Depressionsscreening“ (GSDS), validiert. Ziel dieser Dissertation war es, mittels eines neu konstruierten Fragebogens, mehr Männer als Depressionsgefährdet identifizieren zu können.

Das „Gendersensitive Depressionsscreening“, von Möller-Leimkühler entworfen, beschreibt einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung, der neben den klassischen Depressionssymptomen auch externalisierende Symptome enthält, welche von Männern berichtet wurden. Nachdem das Screeninginstrument bereits an einer Studentenprobe von 1020 Probanden getestet wurde, folgte in dieser Arbeit eine Validierung an ambulanten Patienten. Die Teilnehmer der Studie wurden hierbei in der Ambulanz der *Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie*, sowie der Ambulanz der *Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität* rekrutiert. Die Stichprobe umfasste 958 Probanden, worunter sich 496 weibliche und 462 männliche Teilnehmer befanden.

Neben dem neu konstruierten Fragebogen (GSDS) wurden zur Überprüfung der Konstruktvalidität das Allgemeine Depressionsscreening (ADS) sowie ein Fragebogen zur Maskulinitätsorientierung (Male Role Norms Scale, MRNS) validiert. Die Ergebnisse der Screeninginstrumente wurden mittels SPSS (Version 21) ausgewertet und analysiert. Nachdem das Gendersensitive Depressionsscreening mit anfänglich 33 Items (GSDS-33) einigen Faktorenanalysen unterzogen wurde, mussten 7 Items wegen zu geringer

Faktorladung eliminiert werden um den Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Hieraus entwickelte sich der GSDS-26, welcher mit seinen 26 Items den Anforderungen der Fragebogenkonstruktion entspricht und alle Qualitätsanforderungen erfüllt. Mittels der Allgemeinen Depressionsskala wurden 18,2 % der 958 Teilnehmer als depressionsgefährdet eingestuft, was einer Anzahl von 174 entspricht. Hierunter befanden sich 58,6% weibliche (102 der 174 Fälle) und 41,4% männliche (72 der 174 Fälle) Depressionsgefährdete.

Das GSDS-26 konnte unter den 945 verarbeiteten Fällen insgesamt 33,4% als depressionsgefährdet verzeichnen. Aus der Gruppe der männlichen Teilnehmer gelten hieraus 15,4 % als Risikofälle (entspricht 146 aus 458 Männern).

Im Vergleich zur ADS konnten also mittels des Gendersensitiven Depressionsscreenings zusätzlich 15,2% der Probanden als depressionsgefährdet eingestuft werden. Geschlechtsintern betrachtet gelten durch das GSDS-26 7,9% mehr Männer als Risikofälle.

Durch den bisher noch sehr begrenzten Forschungsstand zu dem Subtypus der männlichen Depression sowie aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie sollten weitere Validierungsstudien an unterschiedlichen Stichproben stattfinden.

10. Literaturverzeichnis

- Abler, B., and H. Kessler, 2009, Emotion Regulation Questionnaire- Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John: Diagnostika, v. 55.
- Abreu, J. M., R. K. Goodyear, A. Campos, and M. D. Newcomb, 2000, Ethnic belonging and traditional masculinity ideology among African Americans, European Americans, and Latinos: Psychology of Men & Masculinity, v. 1, p. 75-86.
- Allgaier, A., K. Pietsch, B. Frühe, E. Prost, J. Sigl-Glückner, and G. Schulte-Körne, 2012, Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents?: Gen Hosp Psychiatry, v. 34, p. 8.
- Althaus, D., U. Hegerl, and H. Reiners, 2006, Depressiv? : Zwei Fachleute und ein Betroffener beantworten die 111 wichtigsten Fragen: München, Kösel, 223-223 p.
- Anderson, I. M., Nutt, D.J., Deakin, J., 2000, Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a review of the British Association for Psychopharmacology guidelines: Psychopharmacology, v. 14, p. 3-20.
- Angst, J., A. Gamma, M. Gastpar, J. P. Lépine, J. Mendlewicz, A. Tylee, and D. R. i. E. S. Study, 2002, Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, v. 252, p. 201-9.
- atrainceu, A Better Instrument for Assessing Male Depression, A Train Education.
- Backhaus, K., B. Erichson, W. Plinke, and R. Weiber, 2003, Multivariate Analysemethoden: Berlin, Springer.
- Barrett, L. F., and E. Bliss-Moreau, 2009, She's emotional. He's having a bad day: attributional explanations for emotion stereotypes: Emotion, v. 9, p. 649-58.
- Bech, P., 2001, Male depression: stress and aggression as pathways to major depression, p. 63-66.
- Bernal, M., J. M. Haro, S. Bernert, T. Brugha, R. de Graaf, R. Bruffaerts, J. P. Lépine, G. de Girolamo, G. Vilagut, I. Gasquet, J. V. Torres, V. Kovess, D. Heider, J. Neeleman, R.

- Kessler, J. Alonso, and E. M. Investigators, 2007, Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study: *J Affect Disord*, v. 101, p. 27-34.
- Bondy, B., 2004, Medicine and neurobiology: the of clinical of picture depression: *Pharmazie in unserer Zeit*, v. 33, p. 276-81.
- Bortz, J., and N. Döring, 2006, *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften*: Heidelberg, Springer.
- Broverman IK, V. S., Broverman DM, Carson FE, Rosenkranz PS, 1972, Sex-role stereotypes: a current appraisal: *Journal of Social Issues*, v. 28, p. 19.
- Cherry, L., and M. Lewis, 1976, Mothers and two-year-olds: A study of sex-differentiated aspects of verbal interaction: *Developmental Psychology*, v. 12, p. 278-282.
- Connell, R., 2006, *Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*, Springer-Verlag.
- Connell, R. W., 1995, *Masculinities*, p. 8-8.
- Connellan, J., S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, A. Batki, and J. Ahluwalia, 2000, Sex differences in human neonatal social perception: *Infant Behavior & Development*, v. 23, p. 113-118.
- Corney, R. H., 1990, SEX-DIFFERENCES IN GENERAL-PRACTICE ATTENDANCE AND HELP SEEKING FOR MINOR ILLNESS: *Journal of Psychosomatic Research*, v. 34, p. 525-534.
- Cortina, J. M., 1993, What is coefficient alpha?An examination of theory and applications: *Journal of applied psychology*, v. 78, p. 98.
- Crawford, M., and R. Unger, 2004, *Women and gender: A feminist psychology* (4th ed.): New York, NY, US, McGraw-Hill.
- destatis, 2014, *Anzahl der Suizide 2014*, Statistisches Bundesamt.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. u. N. D., 2011, *Nationale Versorgungsleitlinie- Unipolare Depression*, Springer-Verlag.

- DeVellis, R. F., 1991, Scale development: Theory and applications: Applied social research methods series, Vol. 26: Thousand Oaks, CA, US, Sage Publications, Inc.
- DGPM, 2015, Depressionen bei Männern bleiben oft unerkannt Männer leiden anders, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische und Ärztliche Psychotherapie (DGPM).
- Diamond, J., 2008, Gender and depression: Typical and atypical symptoms and suicide risk, ProQuest Information & Learning, US, 1320-1320 p.
- Diamond, J., 2013, Women Seek Help, Men Die: Findings on Male Depression and Suicide Will Save Millions of Lives.
- Egeland, J. A., and A. M. Hostetter, 1983, AMISH STUDY .1. AFFECTIVE-DISORDERS AMONG THE AMISH, 1976-1980: American Journal of Psychiatry, v. 140, p. 56-61.
- Eisler, R. M., 1995, The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct, *in* R. F. Levant, and W. S. Pollack, eds., A new psychology of men.: New York, NY, US, Basic Books, p. 207-225.
- Eisler, R. M., and J. R. Skidmore, 1987, MASCULINE GENDER-ROLE STRESS - SCALE DEVELOPMENT AND COMPONENT FACTORS IN THE APPRAISAL OF STRESSFUL SITUATIONS: Behavior Modification, v. 11, p. 123-136.
- Fava, M., and K. S. Kendler, 2000, Major depressive disorder: Neuron, v. 28, p. 7.
- Fava, M., S. Nolan, R. Kradin, and J. Rosenbaum, 1995, GENDER DIFFERENCES IN HOSTILITY AMONG DEPRESSED AND MEDICAL OUTPATIENTS: Journal of Nervous and Mental Disease, v. 183, p. 10-14.
- Fava, M., J. F. Rosenbaum, J. A. Pava, M. K. McCarthy, R. J. Steingard, and E. Bouffides, 1993, Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment: American Journal of Psychiatry, v. 150, p. 6.
- Fisseni, H. J., 1997, Lehrbuch der Psychologischen Diagnostik (2.Auflage): Göttingen, Hogrefe.
- Fliege, H., M. Rose, P. Arck, S. Levenstein, and B. F. Klapp, 2001, Validation of the "Perceived Stress Questionnaire" (PSQ) in a German sample: Diagnostica, v. 47, p. 142-152.

- Flynn, J. J., T. Hollenstein, and A. Mackey, 2010, The effect of suppressing and not accepting emotions on depressive symptoms: Is suppression different for men and women?: *Personality and Individual Differences*, v. 49, p. 582-586.
- Gündel, H., 2013, Depression bei Männern oft unerkannt; Männer leiden anders, *in* DGPM, ed., *Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie*, Berlin, PM-DGPM-Männerdepression, p. 2.
- Hausmann, A., W. Rutz, and U. Meise, 2008, Women seek for help - Men die! Is depression really a female disease?: *Neuropsychiatrie*, v. 22, p. 43-48.
- Hautzinger, M., M. Bailer, D. Hofmeister, and F. Keller, 2012, *Allgemeine Depressionsskala* (2012).
- Hautzinger M, B. M., 1993, *Allgemeiner Depressions Skala*: Beltz, Weinheim
- Herzberg, P. Y., 2003, Faktorstruktur, Gütekriterien und Konstruktvalidität der deutschen Übersetzung des Aggressionsfragebogens von Buss und Perry, *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, p. 12.
- Hildebrandt, M. G., K. B. Stage, and P. Kragh-Soerensen, 2003, Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 107, p. 197-202.
- Irtel, H., 1996, *Entscheidungs- und testtheoretische Grundlagen der psychologischen Diagnostik*: Frankfurt a. M., Lang, Peter.
- Jaccard, J., 2001, *Interaction Effects in Logistic Regression*: Thousand Oaks, CA, Sage.
- Jakubaschk, J., 1994, DEPRESSION AND HOSTILITY IN AN AMISH POPULATION: *Nervenarzt*, v. 65, p. 590-597.
- Kessler, R. C., R. L. Brown, and C. L. Broman, 1981, SEX-DIFFERENCES IN PSYCHIATRIC HELP-SEEKING - EVIDENCE FROM 4 LARGE-SCALE SURVEYS: *Journal of Health and Social Behavior*, v. 22, p. 49-64.
- Kleinbaum, D. G., 1994, *Logistic Regression. A Self-Learning Text.*: New York, Springer.

- Kockler, M., and R. Heun, 2002, Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 17, p. 8.
- Lange S., B. R., 2007, (Lineare) Regression/Korrelation: *Dtsch Med Wochenschr*, v. 132, p. 3.
- Laux, G., 2003, Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin Heidelberg New York London: Springer, p. 1153-1210.
- Lehr, D., A. Hillert, E. Schmitz, and Sosnowsky, 2008, Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T): *Diagnostica*, v. 54.
- Lehr, D., A. Hillert, E. Schmitz, and N. Sosnowsky, 1977, The CES-D Scale, A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population, v. 1, p. 16.
- Lewis, M., and M. Weinraub, 1979, Origins of Early Sex-Role Development: *Sex Roles*, v. 5, p. 135-153.
- Loewe, B., K. Kroenke, and K. Graefe, 2005, Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2): *Journal of Psychosomatic Research*, v. 58, p. 163-171.
- Loewenthal, K., V. Goldblatt, T. Gorton, G. Lubitsch, H. Bicknell, D. Fellowes, and A. Sowden, 1995, GENDER AND DEPRESSION IN ANGLO-JEWRY: *Psychological Medicine*, v. 25, p. 1051-1063.
- MacCallum, R. C., K. F. Widaman, S. B. Zhang, and S. H. Hong, 1999, Sample size in factor analysis: *Psychological Methods*, v. 4, p. 84-99.
- MacCallum, R. C., Widaman, K.F., Zhang, S., Hong, S., 1999, Sample size in factor analysis: *Psychological Methods*, v. 4(1), p. 12.
- Maccoby, E. E., 1990, Gender and relationships: A developmental account: *American Psychologist*, v. 45, p. 513-520.
- Maccoby, E. E., and Carol Nagy Jacklin, eds, 1974, *The psychology of sex differences*: Stanford University Press, v. 1.

- Magovcevic, M., and M. E. Addis, 2008, The Masculine Depression Scale: Development and Psychometric Evaluation: *Psychology of Men & Masculinity*, v. 9, p. 117-132.
- Marschall, J., H.-D. Nolting, S. Hildebrandt, I. Barthelmes, T. Schmidt, and T. Woköck, 2013, DAK Gesundheitsreport 2013 : Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank?: Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 5: Heidelberg, medhochzwei, 154-154 p.
- Martin, C. L., C. H. Wood, and J. K. Little, 1990, The development of gender stereotype components: *Child Development*, v. 61, p. 1891.
- Martin, L. A., H. W. Neighbors, and D. M. Griffith, 2013, The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women Analysis of the National Comorbidity Survey Replication: *Jama Psychiatry*, v. 70, p. 1100-1106.
- McCreary, D. R., F. Y. Wong, W. Wiener, K. M. Carpenter, A. Engle, and P. Nelson, 1996, The relationship between masculine gender role stress and psychological adjustment: A question of construct validity?: *Sex Roles*, v. 34, p. 507-516.
- Moosbrugger, Helfried, and Kelava, 2007, Testtheorie und Fragebogenkonstruktion: Heidelberg, Springer.
- Murray, C. J., and Alan D. Lopez., 1996, *Global burden of disease.*: Cambridge, MA: Harvard University Press, v. 1.
- Möller, H. J., 2003, Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 108, p. 7.
- Möller-Leimkühler, A., 2003, The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?: *Eur. Arch Psychiatry Lin Neurosci*, v. 253, p. 8.
- Möller-Leimkühler, A., 2007, Subjective well-being and "male depression" in male adolescents: *Journal of Affective Disorders*, v. 98, p. 17.
- Möller-Leimkühler, A., 2010, Depression bei Männern: Eine Einführung: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, v. 11, p. 10.

- Möller-Leimkühler, A., N. Paulus, and J. Heller, 2009, Male Depression bei jungen Männern: Blickpunkt der Mann, v. 7, p. 6.
- Möller-Leimkühler, A., and M. Yücel, 2010, Male depression in females?: Journal of affective disorders, v. 121, p. 8.
- Möller-Leimkühler, A. M., 2002, Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression: Journal of Affective Disorders, v. 71, p. 9.
- Möller-Leimkühler, A. M., 2005, Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung.: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, v. 6, p. 29-35.
- Möller-Leimkühler, A. M., 2009, Men, Depression and "Male Depression": Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, v. 77, p. 8.
- Möller-Leimkühler, A. M., R. Bottlender, A. Srauss, and W. Rutz, 2004, Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression?: Journal of Affective Disorders, v. 80, p. 7.
- Pospeschill, M., 2010, Testtheorie, Testkonstruktion, Testevaluation: mit 77 Fragen zur Wiederholung, reinhardt.
- Prentice, D. A., and E. Carranza, 2004, Sustaining cultural beliefs in the face of their violation: The case of gender stereotypes: Psychological Foundations of Culture, p. 259-280.
- Raithel, J., 2006, Quantitative Forschung: VSVerlag für Sozialwissenschaften.
- Rice, S., Fallon, BJ., Aucote, HM., Möller-Leimkühler, AM., 2013, Male Depression Risk Scale (MDRS-22), PsycTEST.
- Riska, E., 2009, Men`s mental health: In A.Broom& P. Tovey (eds), Men`s health: body, identity and social context, p. 145-162.
- Riska, E., and E. Ettorre, 1999, Mental distress - Gender aspects of symptoms and coping: Acta Oncologica, v. 38, p. 757-761.

- Rutz, W., L. Vonknorring, H. Pihlgren, Z. Rihmer, and J. Walinder, 1995, PREVENTION OF MALE SUICIDES - LESSONS FROM GOTLAND STUDY: *Lancet*, v. 345, p. 524-524.
- Rutz, W., J. Walinder, G. Eberhard, G. Holmberg, A. L. Vonknorring, L. Vonknorring, B. Wistedt, and A. Abergwistedt, 1989, AN EDUCATIONAL-PROGRAM ON DEPRESSIVE-DISORDERS FOR GENERAL-PRACTITIONERS ON GOTLAND - BACKGROUND AND EVALUATION: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 79, p. 19-26.
- Schmitt, and Neal, 1996, Uses and Abuses of coefficient alpha: *Psychological assesment*, v. 8.
- Seavey, C. A., P. A. Katz, and S. R. Zalk, 1975, Baby X: The Effect of Gender Labels on Adult Responses to Infants: *Sex Roles*, v. 1, p. 103-109.
- Sinn, J. S., 1997, The predictive and discriminant validity of masculinity ideology: *Journal of Research in Personality*, v. 31, p. 117-135.
- Swets, J., 1988, Measuring the accuracy of diagnostic systems: *Science*, v. 240, p. 8.
- Szekely, A., B. K. Thege, R. Mergl, E. Birkas, S. Rozsa, G. Purebl, and U. Hegerl, 2013, How to Decrease Suicide Rates in Both Genders? An Effectiveness Study of a Community-Based Intervention (EAAD): *Plos One*, v. 8.
- Thompson, E. H., and J. H. Pleck, 1986, The structure of male norms: *American Behavioral Scientist*, v. 29, p. 13.
- Thompson, E. H., J. H. Pleck, and D. L. Ferrera, 1992, Men and masculinities: Scales for masculinity ideology and masculinity-related constructs: *Sex Roles*, v. 27, p. 34.
- Van Praag, H. M., 2004, Can stress cause depression?: *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, v. 28, p. 16.
- Walinder, J., and W. Rutz, 2001, Male depression and suicide: *International Clinical Psychopharmacology*, v. 16, p. S21-S24.
- WHO, 2016a, Depression, World Health Organization, Media centre, WHO.

- WHO, 2016b, Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return WHO, World Bank, world health organization.
- Winkler, D., E. Pjrek, and S. Kasper, 2005, Anger attacks in depression - Evidence for a male depressive syndrome: Psychotherapy and Psychosomatics, v. 74, p. 303-307.
- Wittchen, H.-U., F. Jacobi, M. Klose, and L. Ryl, 2010, Depressive Erkrankungen, p. 46-46.
- Wolfersdorf, M., 2000, Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.
- Zierau, F., A. Bille, W. Rutz, and P. Bech, 2002, The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder: Nordic Journal of Psychiatry, v. 56, p. 265-271.
- Zweig, M., Campbell, G., 1993, Receiver-operating-characteristics (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine: Clin Chem., v. 39(4), p. 16.

11. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ICD- 10 SYMPTOME EINER UNIPOLAREN DEPRESSION.....	2
TABELLE 2: 12-MONATS-PRÄVALENZ AFFEKTIVER STÖRUNGEN IN DER ERWACHSENEN ALLGEMEINBEVÖLKERUNG	4
TABELLE 3: ALTER DER BEFRAGTEN	34
TABELLE 4: ALTER DER BEFRAGTEN NACH GESCHLECHT	34
TABELLE 5: DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG NACH ADS	34
TABELLE 6: DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG NACH ADS: DIFFERENZIERUNG NACH GESCHLECHT	35
TABELLE 7: MITTELWERTE DER SUBSKALENGESAMTSKORES DER MRNS	36
TABELLE 8: KORRELATION ADS/GSDS-33	37
TABELLE 9: KORRELATION GSDS-33/MASKULINITÄTSNORMEN MÄNNER	38
TABELLE 10: KORRELATION GSDS-33/MASKULINITÄTSNORMEN FRAUEN.....	39
TABELLE 11: FAKTOREN UND ITEMLADUNGEN DES GSDS-33	40
TABELLE 12: ERKLÄRTE ANTEILIGE UND KUMULIERTE VARIANZEN GSDS-33	41
TABELLE 13: FAKTOREN UND ITEMLADUNGEN DES GSDS-27	42
TABELLE 14: ERKLÄRTE ANTEILIGE UND KUMULIERTE VARIANZEN GSDS-27	43
TABELLE 15: FAKTOREN UND ITEMLADUNGEN DES GSDS-26	44
TABELLE 16: ERKLÄRTE ANTEILIGE UND KUMULIERTE VARIANZEN GSDS-26	45
TABELLE 17: KORRELATION ADS/GSDS-26.....	46
TABELLE 18: KORRELATION ADS/GSDS-26- FAKTOREN.....	47
TABELLE 19: KORRELATION GSDS-26/MASKULINITÄTSNORMEN MÄNNER.....	48
TABELLE 20: KORRELATION GSDS-26/MASKULINITÄTSNORMEN FRAUEN.....	48
TABELLE 21: KORRELATION GSDS-26-FAKTOREN/MASKULINITÄTSNORMEN MÄNNER.....	49
TABELLE 22: GSDS-26	50
TABELLE 23: DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG NACH GSDS-26: DIFFERENTIERUNG NACH GESCHLECHT	52
TABELLE 24: RISIKOFÄLLE GSDS-26.....	53
TABELLE 25: MITTELWERTE DER SUBSKALENGESAMTSKORES IN ABHÄNGIGKEIT DER DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG NACH GSDS-26	54
TABELLE 26: DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG NACH ADS IN ABHÄNGIGKEIT VON GSDS-26.....	54
TABELLE 27: DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG ADS/GSDS-26 NACH GESCHLECHT	55

TABELLE 28:	GSDS-26 FAKTORENMITTELWERTE NACH DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG	57
TABELLE 29:	GSDS-26 FAKTORENMITTELWERTE NACH GESCHLECHT	58
TABELLE 30:	DEPRESSIONSGEFÄHRDUNG UND FAKTORENMITTELWERTE NACH GESCHLECHT.....	59
TABELLE 31:	OMNIBUS-TEST DER MODELLKOEFFIZIENTEN: BLOCKWEISER EINSCHLUSS.....	60
TABELLE 32:	MODELLZUSAMMENFASSUNG: BLOCKWEISER EINSCHLUSS.....	61
TABELLE 33:	PRÄDIKTORVARIABLEN: BLOCKWEISER EINSCHLUSS.....	61
TABELLE 34:	OMNIBUS-TEST DER MODELLKOEFFIZIENTEN: SCHRITTWEISER EINSCHLUSS.....	62
TABELLE 35:	MODELLZUSAMMENFASSUNG: SCHRITTWEISER EINSCHLUSS.....	63
TABELLE 36:	PRÄDIKTORVARIABLEN: SCHRITTWEISER EINSCHLUSS.....	63

12. Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 - ANTEILE DER 10 WICHTIGSTEN KRANKHEITSARTEN AN DEN AU-TAGEN	5
ABBILDUNG 2 – ANTEIL DER DEPRESSIONEN IN DER BEVÖLKERUNG.....	6
ABBILDUNG 3 – ANZAHL DER SUIZIDE 2014.....	14
ABBILDUNG 4 – ROC KURVE.....	51

13. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADS	Allgemeines Depressions-Screening
AUG	Area under the Curve
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeits-Tage
DMDS	Diamond Male Depression Scale
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; vierte Auflage
et al	et alteri
GSDS	Gendersensitives Depressionsscreening
GMDS	Gotland Scale of Male Depression
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision
MCS/GIDS	Male Symptoms Scale/ Gender Inclusive Depression Scale
MDS	Masculin Depression Scale
MGRS	Masculine gender role stress
MRNS	Male Role Norm Scale
n	Fallzahl
p	p-Wert
PHQ	Personal Health Questionnaire
PSQ	Perceived Stress Questionnaire
ROC-Kurve	Receiving-Operating-Characteristic
SD	Standard Deviation
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organization

14. Anhang

14.1. Anschreiben

Page 1 of 1

Möller-Leimkühler, Anne-Maria Prof. Dr.

Von: Möller-Leimkühler, Anne-Maria Prof. Dr.
Gesendet: Donnerstag, 1. August 2013 12:00
An: 'sekretariat@dent.med.uni-muenchen.de'; Kampik, Anselm Prof.Dr.; Gernet, Wolfgang Prof. Dr.med.; Ehrenfeld, Michael Prof.Dr.Dr.; Berghaus, Alexander Prof.
Betreff: Bitte um Einverständnis mit anonymer Befragung von Patienten für Studie
Wichtigkeit: Hoch

Sehr geehrter Herr Prof. Hickel,
sehr geehrter Herr Prof. Kampik,
sehr geehrter Herr Prof. Gernet,
sehr geehrter Herr Prof. Ehrenfeld,
sehr geehrter Herr Prof. Berghaus,

darf ich mich mit einer Anfrage und Bitte an Sie wenden?

Im Rahmen einer Doktorarbeit soll ein neues Screeninginstrument zur Depression evaluiert werden. Die Besonderheit dieses Screeninginstruments liegt darin, dass es gendersensibel konzipiert ist und damit die bessere Identifikation eines Depressionsrisikos bei Männern ermöglicht. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wird zusätzlich die Kurzform einer gängigen Depressionsskala sowie ein Fragebogen zur Orientierung an Maskulinitätsnormen eingesetzt.

Für diese Evaluationsstudie ist eine große Stichprobe erforderlich, die wir gerne aus dem ambulanten Patientengut der jeweiligen Polikliniken des Klinikums Innenstadt und Großhadern rekrutieren würden - und dafür um Ihr Einverständnis bitten.

Die Doktorandin, Frau Anja Jackl (Studentin der Zahnmedizin) und ich würden uns sehr freuen, wenn wir mit Ihrer Zustimmung Patienten Ihrer Klinik/Poliklinik/Abteilung für unsere Studie gewinnen dürften.

Zum Procedere: Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym und würde während der Wartezeiten der Patienten stattfinden. Es ist vorgesehen, dass die Doktorandin, Frau Jackl bzw. Kommilitonen, die sie bei der Erhebung unterstützen, die Patienten direkt angesprechen und für die Teilnahme an der Studie motivieren. Den Patienten wird erklärt, dass es sich um eine Studie zum Stresserleben und zu Stressreaktionen handelt, in der wir auch an geschlechterspezifischen Unterschieden interessiert sind. Die Fragebögen werden durch Frau Jackl bzw. Kommilitonen übergeben, die auch während des Ausfüllens anwesend sein und für Fragen zur Verfügung stehen werden. Die ausgefüllten Fragebögen werden direkt eingesammelt. Durch dieses Vorgehen ergibt sich keine zusätzliche Belastung für Ihr Pflegepersonal.

Mit der Bitte um Ihr Einverständnis, der Hoffnung auf eine positive Antwort und freundlichen Grüßen

Anne Maria Möller-Leimkühler

Apl Prof. Dr.rer.soc. Anne Maria Möller-Leimkühler
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität
Nußbaumstr. 7
D-80336 München
Tel. +49 (0)89 5160-5785
Fax. +49 (0)89 5160 5522
anne-maria.moeller-leimkuehler@med.uni-muenchen.de

01.08.2013

14.2. Fragebögen

14.2.1. Allgemeines Depressionsscreening (ADS)

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Wochen am besten entspricht oder entsprochen hat.

Während der letzten Wochen ...

	selten	manchmal	öfter	meistens
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.				
2. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde/Familie versuchten, mich aufzumuntern.				
3. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.				
4. war ich deprimiert/niedergeschlagen.				
5. war alles anstrengend für mich.				
6. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.				
7. hatte ich Angst.				
8. habe ich schlecht geschlafen.				
9. war ich fröhlich gestimmt.				
10. habe ich weniger als sonst geredet.				

	selten	manchmal	öfter	meistens
11. fühlte ich mich einsam.				
12. habe ich das Leben genossen.				
13. war ich traurig.				
14. hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können.				
15. konnte ich mich zu nichts aufraffen.				

Bitte geben Sie noch Ihr Alter und Ihr Geschlecht an:

Alter _____

männlich ☐ weiblich ☐

Vielen Dank!

14.2.2. Gendersensibles Depressionsscreening (GSDS)

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen zum allgemeinen Stressempfinden und verschiedenen Reaktionen darauf. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie oft diese Aussage in den letzten Wochen für Sie zutreffend war.

	nie oder selten	manchmal	oft	meistens oder immer
1. Ich hatte wenig Interesse und Freude an meinen alltäglichen Tätigkeiten.				
2. Ich hatte Wutausbrüche, die ich nicht kontrollieren konnte.				
3. Ich habe mich gefragt, warum ich manchmal so verbittert bin.				
4. Ich war niedergeschlagen oder schwermütig.				
5. Ich war hoffnungslos.				
6. Ich habe meine Gefühle für mich behalten.				
7. Ich habe alles in mich hineingefressen.				
8. Ich habe viel mehr Sport gemacht als sonst, um mich abzulenken.				
9. Ich war leicht reizbar und verärgert.				
10. Ich bin immer wieder in Streitigkeiten geraten.				
11. Ich fühlte mich gehetzt.				
12. Ich hatte weniger (oder mehr) Appetit als sonst.				
13. Ich habe mehr Alkohol getrunken als sonst, um mich besser zu fühlen.				

	nie oder selten	manchmal	oft	meistens oder immer
14. Ich hatte zuviel zu tun.				
15. Ich habe versucht, meine schlechten Gefühle zu ignorieren.				
16. Ich habe Leute angeschrien.				
17. Ich habe schlecht (oder mehr) geschlafen.				
18. Ich habe häufiger an Alkohol gedacht.				
19. Ich bin schon so ausgerastet, dass ich Gegenstände zerschlagen habe.				
20. Ich hatte Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.				
21. Es hat mich nervös gemacht, wenn andere etwas von mir gewollt haben.				
22. Ich war viel langsamer (oder unruhiger) als sonst.				
23. Ich habe mir vorgenommen, weniger Alkohol zu trinken.				
24. Ich hatte das Gefühl, jemanden schlagen oder verletzen zu müssen.				
25. Ich habe schon Leute bedroht, die ich gut kenne.				
26. Ich bin Auto gefahren, obwohl ich zuviel Alkohol getrunken hatte.				

	nie oder selten	manchmal	oft	meistens oder immer
27. Ich fand es wichtig, nach außen hin zu funktionieren.				
28. Ich fühlte mich unter Termindruck.				
29. Ich habe mich in die Arbeit gestürzt, um mich abzulenken.				
30. Es war mir lieber zu arbeiten, als mit meinen Freunden/meiner Familie zusammen zu sein.				
31. Ich habe versucht, allein mit meinen Problemen fertig zu werden.				
32. Ich hatte das Gefühl, ein Versager zu sein.				
33. Ich hatte das Gefühl, meine Familie enttäuscht zu haben.				
34. Ich hatte nicht genug Zeit für mich.				
35. Ich war ständig müde bzw. hatte das Gefühl, keine Energie zu haben.				
36. Ich bin aggressiv und rücksichtslos Auto gefahren, um mich abzureagieren.				
37. Ich habe mich für meine Probleme geschämt.				
38. Ich hatte das Gefühl, dass zu viele Forderungen an mich gestellt werden.				
39. Ich habe mich mit meinem Fahrstil selber gefährdet.				

	nie oder selten	manchmal	oft	meistens oder immer
40. Es war mir egal, ob die Polizei mich erwischen würde.				
41. Ich hatte den Gedanken, dass ich lieber tot wäre.				

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

14.2.3. Male Role Norms Scale für Frauen (MRNS Frauen)

Zum Ausfüllen für Frauen

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Vorstellungen beziehen, wie eine Frau im Allgemeinen sein sollte. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie sehr Sie dieser Aussage zustimmen können. Stimmen Sie der Aussage z.B. voll und ganz zu, so kreuzen Sie bitte das Feld „trifft sehr zu“ an. Entsprechend sollten Sie bei einer Aussage, der Sie überhaupt nicht zustimmen, ein Kreuz in der Spalte „trifft gar nicht zu“ machen. Sie können den Grad Ihrer Zustimmung zwischen diesen beiden Polen feiner abstufen.

	trifft sehr zu							trifft gar nicht zu
1. Eine Frau, die oft über ihre Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird heute nicht mehr besonders akzeptiert.								
2. Bei einer Frau, die Schornsteinfegerin und Heimwerkerin ist, würde ich mich fragen, wie weiblich sie ist.								
3. Eine Frau sollte auf ihren eigenen Beinen stehen und nie auf die Hilfe anderer angewiesen sein.								
4. Eine Frau sollte wegen ihrer Familie den am besten bezahlten Job annehmen, den sie finden kann.								
5. Es ist etwas peinlich für eine Frau, einen Beruf zu haben, in dem normalerweise Männer arbeiten.								
6. Es ist sehr wichtig für eine Frau, dass ihr alle, die sie kennen, Respekt und Bewunderung entgegen bringen.								
7. Eine Frau darf auch schon einmal wie ein Mann handgreiflich werden, wenn es erforderlich ist.								
8. Eine Frau sollte angesichts von Problemen nie zurückstecken.								
9. Ich finde eine starke Selbstsicherheit bei Frauen gut.								

	trifft sehr zu						trifft gar nicht zu
10. Ein gutes Motto für einen Mann wäre: „Wenn es hart auf hart kommt, trennt sich die Spreu vom Weizen.“ Ich finde, das passt auch auf Frauen.							
11. Es stört mich, wenn eine Frau etwas tut, das ich für männlich halte.							
12. Manchmal kann man eine unangenehme Situation nur mit körperlicher Aggression klären, auch wenn man eine Frau ist.							
13. Erfolg im Beruf muss für eine Frau das zentrale Ziel im Leben sein.							
14. Wenn eine Frau sich nicht gut fühlt, sollte sie sich das nicht anmerken lassen.							
15. Eine Frau sollte stets versuchen, Zuversicht auszustrahlen, auch wenn sie sich eigentlich nicht zuversichtlich fühlt.							
16. Der beste Weg für eine junge Frau, Respekt von anderen zu erhalten, ist es, eine Arbeit zu bekommen, diese ernst zu nehmen und sie gut zu machen.							
17. Ich finde, eine Frau sollte versuchen, körperlich stark zu werden, auch wenn sie zart gebaut ist.							
18. Ich würde es befremdlich finden, wenn eine Freundin im Kino wegen einer traurigen Liebesszene nicht weinen würde.							
19. In manchen Situationen sollte eine Frau vorbereitet sein, selber zuzuschlagen, auch wenn ihr Mann oder Freund dagegen wäre.							
20. Wann immer eine Frau Gelegenheit dazu hat, sollte sie Überstunden machen, um mehr Geld zu verdienen, auch wenn sie Familie hat.							

	trifft sehr zu						trifft gar nicht zu
21. Eine Frau, deren Hobbys Technik, Boxen und Motorradfahren sind, würde ich vermutlich nicht mögen.							
22. Eine Frau verdient immer Respekt von Mann und Kindern.							
23. Ich glaube, es ist extrem gut für ein Mädchen, wenn ihm beigebracht wird, Dinge zu reparieren, Karate zu machen, Computerspiele zu machen oder Physik zu verstehen.							
24. Eine moderne Frau genießt von Zeit zu Zeit ein bisschen Gefahr.							
25. Eine Frau sollte immer klar und logisch über alles nachdenken und alles, was sie tut, rational begründen können.							
26. Wenn sie nicht wirklich verzweifelt wäre, würde ich einer arbeitslosen Frau wahrscheinlich eher raten, weiter zu suchen, als eine Arbeit auf dem Bau oder bei der Müllabfuhr anzunehmen.							

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

14.2.4. Male Role Norms Scale für Männer (MRNS Männer)

Zum Ausfüllen für Männer

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Vorstellungen beziehen, wie ein Mann im Allgemeinen sein sollte. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie sehr Sie jeder Aussage zustimmen können. Stimmen Sie der Aussage z.B. voll und ganz zu, so kreuzen Sie bitte das Feld „trifft sehr zu“ an. Entsprechend sollten Sie bei einer Aussage, der Sie überhaupt nicht zustimmen, ein Kreuz in der Spalte „trifft gar nicht zu“ machen. Sie können den Grad Deiner Zustimmung zwischen diesen beiden Polen feiner abstufen.

	trifft sehr zu							trifft gar nicht zu
1. Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert.								
2. Bei einem Mann, der Friseur und Hobbykoch ist, würde ich mich fragen, wie männlich er ist.								
3. Ein Mann sollte auf seinen eigenen Beinen stehen und nie auf die Hilfe anderer angewiesen sein.								
4. Ein Mann schuldet es seiner Familie, den am besten bezahlten Job anzunehmen, den er finden kann.								
5. Es ist etwas peinlich für einen Mann, einen Beruf zu haben, in dem normalerweise Frauen arbeiten.								
6. Es ist sehr wichtig für einen Mann, dass ihm alle, die ihn kennen, Respekt und Bewunderung entgegen bringen.								
7. Ein Mann sollte einem handgreiflichen Streit immer ausweichen, auch wenn er unvermeidbar scheint.								
8. Ein Mann sollte angesichts von Problemen nie zurückstecken.								
9. Ich finde eine starke Selbstsicherheit bei Männern gut.								

	trifft sehr zu						trifft gar nicht zu
10. Ein gutes Motto für einen Mann wäre: „Wenn es hart auf hart kommt, trennt sich die Spreu vom Weizen.“							
11. Es stört mich, wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte.							
12. Manchmal kann man eine unangenehme Situation nur mit den Fäusten klären.							
13. Erfolg im Beruf muss für einen Mann das zentrale Ziel im Leben sein.							
14. Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen.							
15. Ein Mann sollte stets versuchen, Zuversicht auszustrahlen, auch wenn er sich eigentlich nicht zuversichtlich fühlt.							
16. Der beste Weg für einen jungen Mann, Respekt von anderen zu erhalten, ist es, eine Arbeit zu bekommen, diese ernst zu nehmen und sie gut zu machen.							
17. Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu werden, auch wenn er schwächlich gebaut ist.							
18. Ich würde es etwas albern oder peinlich finden, wenn ein Freund im Kino wegen einer traurigen Liebenszene weinen würde.							
19. In manchen Situationen sollte ein Mann vorbereitet sein, seine Fäuste zu benutzen, auch wenn seine Frau oder Freundin dagegen wäre.							
20. Wann immer ein Mann Gelegenheit dazu hat, sollte er Überstunden machen, um mehr Geld zu verdienen.							

	trifft sehr zu						trifft gar nicht zu
21. Einen Mann, dessen Hobbys Kochen, Nähen oder ins Ballett gehen sind, würde ich vermutlich nicht mögen.							
22. Ein Mann verdient immer Respekt von Frau und Kindern.							
23. Ich glaube, es ist extrem gut für einen Jungen, wenn ihm beigebracht wird, zu kochen, zu nähen, zu putzen und jüngere Kinder zu beaufsichtigen.							
24. Ein richtiger Mann genießt von Zeit zu Zeit ein bisschen Gefahr.							
25. Ein Mann sollte immer klar und logisch über alles nachdenken und alles, was er tut, rational begründen können.							
26. Wenn er nicht wirklich verzweifelt wäre, würde ich einem arbeitslosen Mann wahrscheinlich eher raten, weiterzusuchen, als eine Arbeit als Bürohilfe anzunehmen.							

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

15. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz besonders bei meiner Doktormutter Frau Professor Anne-Maria Möller-Leimkühler für die Überlassung dieses spannenden Themas sowie die exzellente, kontinuierliche und überaus herzliche Betreuung über die letzten Jahre hinweg bedanken.

Ein weiterer Dank gilt Herrn Professor T. Ruzicka, Direktor der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, sowie Herrn Professor A. Kampik, ehemaliger Direktor der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, die Evaluation dieser Studie in Ihren Einrichtungen ermöglicht zu haben.

Ebenso möchte ich mich bei den 948 Probanden bedanken, die sich die Zeit genommen haben um an dieser Studie teilzunehmen.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Eltern Maria und Georg Jackl, meinen Geschwistern Sylvia Gradl, Barbara Jackl-Mair, Georg Jackl und Maria Jackl sowie meinem langjährigen Freund Gunnar Hauptmann für die seelische und moralische Unterstützung während meines Studiums und in den letzten Jahren, ohne die diese Arbeit so nicht möglich gewesen wäre.

16. Eidesstaatliche Versicherung

Jackl, Anja

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation zum Thema

**„Vorläufige Validierung eines gendersensitiven Depressionsscreenings an
einer Stichprobe ambulanter Patienten der somatischen Medizin,,**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Anja Jackl

St.Gallen, 01.09.2017